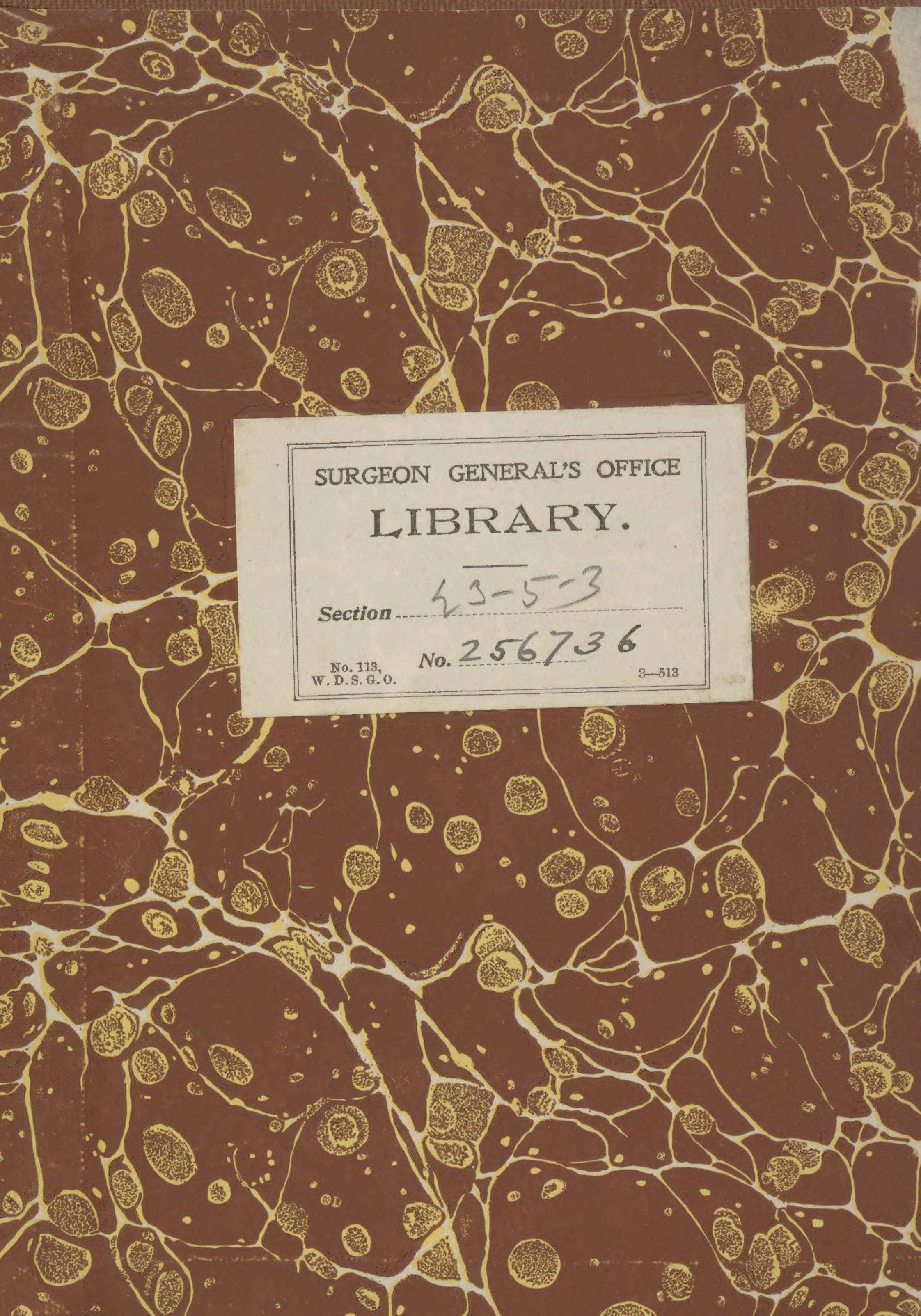
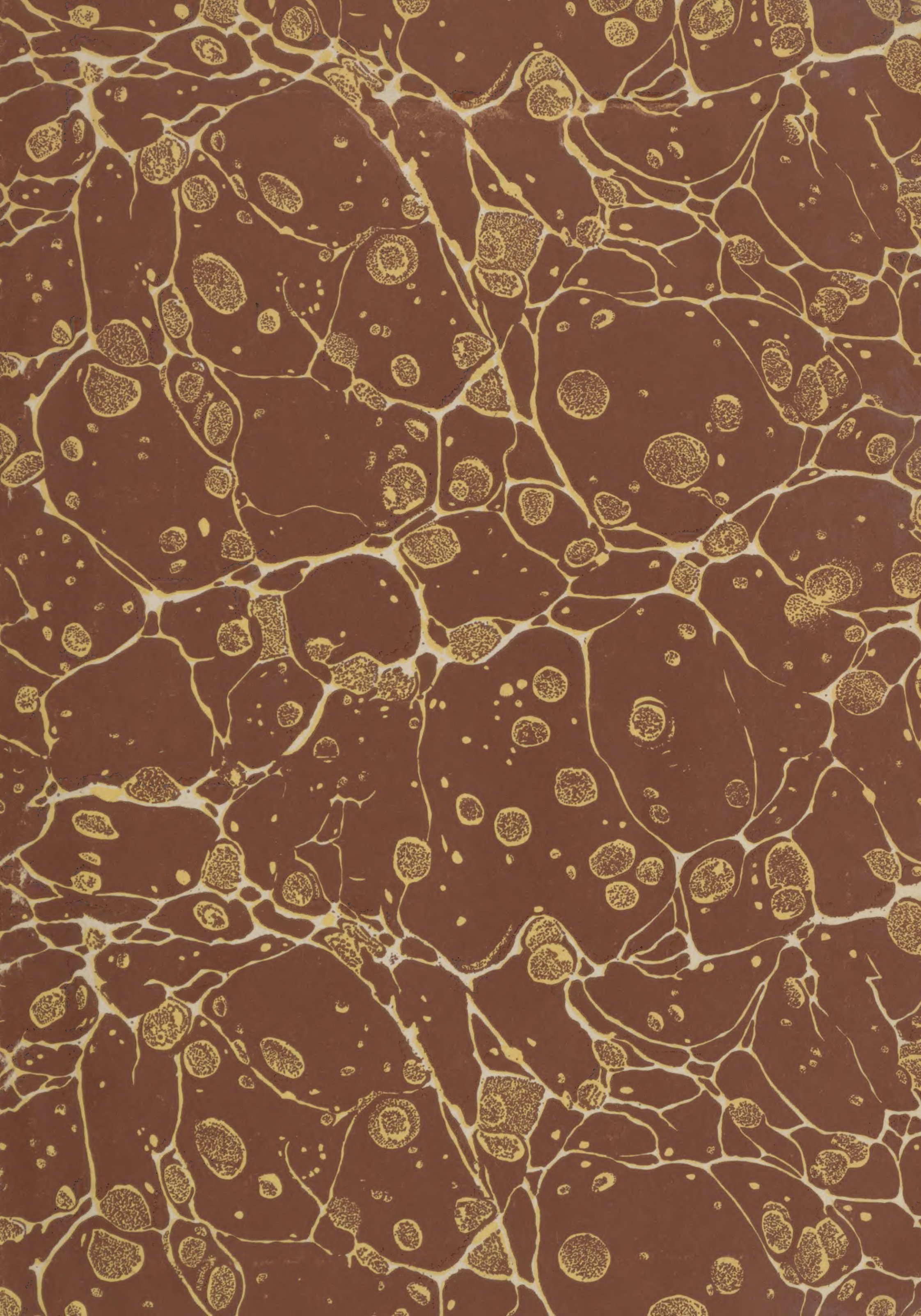

SURGEON GENERAL'S OFFICE
LIBRARY.
Section 43-5-3
No. 256736
No. 113,
W. D. S. G. O.
3—513



Boletín de la Asociación Médica

PUERTO RICO

PUBLICACION MENSUAL

SUMARIO

AÑO X. ENERO 1914. No. 94.

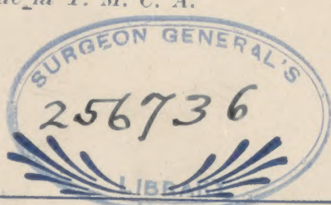
Boletín de la Asociación Médica de PUERTO RICO.



ORGANO OFICIAL.

PUBLICACION MENSUAL.

SUMARIO



LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL EDITOR.

De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica.

Redacción: Luna 41. Box 1306. San Juan, Puerto Rico.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO X. ENERO 1914. NUMERO 94.

NUESTRO SALUDO.

(POR EL DR. FRANCISCO DEL VALLE ATILES)

Al iniciar el Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, su décimo año de existencia, saluda á todos los colegas de la Isla, especialmente á los que lo han favorecido con sus producciones y de los que espera que seguirán prestándole su valiosa colaboración. Sólo contando con ésta, he asumido las grandes responsabilidades de dirigir el Boletín, para cuya labor no me faltan ni entusiasmo ni bríos; pero sí la capacidad suficiente que me permitiera ofrecer á los ilustrados profesionales, por mí solo, los trabajos de interés que una publicación de esta índole requiere.

Hay una fuerza que está impulsando de contínuo la humanidad á caminar siempre adelante; fuerza que debe ser obedecida por los que aman verdaderamente el progreso en todas sus manifestaciones. La pasividad conduce á la anulación; y el más sólido fundamento sobre el cual descansará toda obra que deseemos realizar, ha de ser nuestra actividad personal y colectiva.

Por lo cual no basta haber establecido la Asociación Médica de Puerto Rico y haberla dotado de una Directiva, si nos olvidamos luego de que tal Sociedad existe, y si abandonamos a los hombres que aceptaron cargos en la dirección de ella. Es preciso para dar prestigio a la Asociación, y por ende a todo el cuerpo médico portorriqueño; que cada uno de sus miembros se sienta solidario de los éxitos y tenga el temor a las derrotas de nuestra Sociedad.

Nuestro amor propio y profesional, y nuestro patriotismo, deben estar interesados en que la Asociación Médica de Puerto Rico sea un organismo que dé lustre al país. Toda contribución que hagamos en pro de este ideal no sólo realzará el tomo de la profesión médica portorriqueña en general, sino que dará al colaborador eficiente, ocasión para asentar o conquistar su reputación científica.

El Boletín de la Sociedad ha de exteriorizar lo que signifique científicamente el cuerpo médico de Puerto Rico; es pues, nuestro interés que en él se vacíen los trabajos profesionales que eleven el nombre de nustros médicos, y que todos contribuyamos a que, al ser leído en el exterior, se tenga un concepto honorífico de los profesores que ejercen en nuestra Isla.

Con objeto de favorecer la colaboración, los trabajos que se envíen para el Boletín pueden ser escritos en español, en inglés ó francés; los artículos en español que por su importancia deban ser

conocidos fuera de la Isla, se traducirán íntegros, o se hará de ellos un extracto en inglés; y en cuanto los escritos en inglés ú otro idioma, serán traducidos al español cuando se crea conveniente.

Alcanzamos un período de la civilización humana en el que las ciencias médicas ejercen el summun de influencia en las cuestiones sociales. Nunca como en la época actual ha tenido mayor exactitud la idea que expresó Descartes diciendo: "Si la especie humana debe perfeccionarse, se puede estar seguro de que los medios se descubrirán en la medicina."

No importa cuán numerosos sean los detractores del médico; el respeto á la profesión se vá agrandando á medida que se extiende el conocimiento de que aquél realmente es un hombre de ciencia; que no funda su respetabilidad en el decir altisonante, ni en la apariencia gravemente ridícula que dió pasto abundante a los humoristas para hacer epígramas a costa de los médicos.

Ahora bien, a los conocimientos científicos debe asociarse tal espíritu de confraternidad profesional, que haga infructuosas las detractaciones de los que aprovechan algunas rivalidades, que siendo estériles para el progreso de las ciencias médicas, sólo favorecen a los que las utilizan en contra de los intereses de nuestra colectividad y les brindan una oportunidad para despectivamente negar que la medicina haya progresado, no concediéndole que pueda influir en la reforma social, en donde su papel es actualmente de la mayor importancia.

Debemos, pues, para encumbrar la profesión, hasta donde por derecho y en justicia le corresponde, renunciar a nuestras antipatías personales, si las tenemos; ser indulgentes y reservados cuando se trate de formar juicios acerca de nuestros colegas, e inspirar los actos profesionales todos en el amor a la ciencia, en el respeto propio, y en el que debemos a la honorabilidad que hemos de suponer siempre en nuestros compañeros, mientras en su conducta no haya ostensibles delincuencias en el orden moral, ya con relación á la sociedad en conjunto, ya respecto de la profesión.

Terminamos reiterando el ofrecimiento de las páginas de ésta publicación a todos los médicos que ejercen en la Isla, y rogándoles, en interés de la ciencia de que son apóstoles dignos, que contribuyan a darle nombre que lleve fuera de la Isla, una idea favorable del mérito profesional de los médicos de Puerto Rico.

ASAMBLEA ANUAL.

La sesión anual de la A. M. de P. R., tuvo lugar en la ciudad de Ponce durante los días 13 y 14 de Diciembre del año pasado. Cincuenta y un miembros de la Asociación concurrieron al espléndido acto en el cual se demostró que nuestra Sociedad matiene robusto el espíritu que le anima por el progreso de las ciencias médicas en nuestra isla.

Damos en este número del Boletín preferencia a los trabajos llevados a cabo en la Asamblea tanto por en interés local, cuando por que al hacerlo nos place demostrar por este medio que la Asociación Médica de Puerto Rico no solo no está inactiva, sino que cada día dá nueva prueba de su vitalidad.

ACUERDOS DE LA CAMARA DE DELEGADOS.

La Cámara de Delegados se reunió el día 13 de Diciembre, á las 2 p. m., con la asistencia de catorce delegados, procediéndose con los trabajos de administración.

El Secretario dió lectura del acta de la sesión anterior, que fué aprobada Después de leída el acta, el Secretario presentó su informe anual, en el cual demostró que los trabajos llevados á cabo por la Asociación, eran de importancia para el progreso de la misma.

El Tesorero presentó su informe anual é hizo constar la dificultad que ha encontrado para la recaudación de las cuotas. Sin embargo de ello, la Tesorería se encontraba en buenas condiciones económicas.

Los acuerdos tomados por la Cámara de Delegados fueron los siguientes:

1o. Fijar la cuota anual, en la cantidad de diez $10.00) dollars, pagaderos por adelantado en dos semestres; y conceptuándose como miembro de la Asociación, solamente á los médicos que cumplieran con el requisito de pagar la cuota anual.

2o. Que, los gastos que origine el delegado nombrado á la Cámara de Delegados de la Asociación, Médica Americana, sea por cuenta de la Tesorería de la Asociación Médica de Puerto Rico.

3o. Aprobar los gastos de oficina, escribiente y publicación del Boletín Médico.

4o. Designar la ciudad de Guayama para la próxima Asamblea Anual en el mes de Diciembre del año de 1914."

DISCURSO DEL PRESIDENTE

DR. R. VELEZ LOPEZ.

Queridos compañeros: Tócame por rigurosa prescripción reglamentaria dirigiros mi débil voz y ofrecer en muy pobres pensamientos a vuestra estimada consideración las gestiones realizadas por esta Junta Directiva en pro de nuestra Asociación Médica y corresponden al año décimo de su fundación.

Siempre estimé que los progresos de nuestra Institución, no podían ni debían depender exclusivamente de la labor del organismo directivo. Juzgué siempre que tanto la directiva asumiendo ella para sí sola todo el trabajo; como la colectividad Médica abandonando sus deberes y esperándolo todo de aquella, incurrían en una falta; perdonable hasta cierto punto en la primera, inperdonable en la segunda, por que debemos estar plenamente convencidos de que, en toda colectividad, el trabajo debe realizarse por todos y cada uno de sus elementos, para que resulte el beneficio práctico que de estas instituciones ha de derivarse. He de considerar, primero antes de entrar en la exposición de las gestiones realizadas, al elemento Médico, o sea lo esencial en nuestra agrupación.

¿Quién ha sido, es y será ese profesional en el seno de nuestra sociedad: Qué debe ser y significar siempre. Cómo debe desenvolver su acción?

Unido por el pensamiento, por los

afectos, por la ciencia madre en santa y dulce soildaridad, podrá realizar la primera y más hermosa obra de redención de este pueblo huérfano de cariños; de este pueblo abatido por la enfermedad que padece, y olvidado de todos, gime sin protestar bajo el dolor inmenso de su ignorancia, y camina ciego sin objetivo alguno; vá empujado por los que le explotan utilizándole para saciar sus apetitos insaciables... y envuelto en las sombras negras de una mente sin luz; sin vida en el corazón; por que la sangre que le anime no posea el pábulo vital, carece de voluntad para poder realizar actos conscientes, y más parece que camina hacia la muerte en caravana fúnebre por que no ha podido sentir el estímulo necesario para anhelar ni la misma existencia... y menos aún, la posesión de un ideal.

Unámonos más bien que por nosotros y para nosotros mismos; agrupémosnos en cohesión íntima para trabajar por ellos y redimirles de sus desgracias y dolores. Trabajando por y para nuestro pueblo habrémos trabajado para nosotros; y si nos determinamos a recorrer esa senda que ha de conducirnos a activar sus energías físicas para que los organismos sientan el estímulo de una sangre normal; y si nos proponemos con el consejo y la exhortación arrebatar a la ignorancia tantos miles de seres que pasan en la vida sin conocer ni la más débil claridad que excite sus cerebros para que experimenten el ardor de saber algo que les estimule a nutrirse con el alimento de la inteligencia sin duda alguna realizaríamos la labor más interesante de la que más está necesitado nuestro pueblo.

El Médico, por sus conocimientos especiales de la gran ciencia Antropológica, está señalado para intervenir de una manera activa y provechosa en el desenvolvimiento de las sociedades, dirigiéndolas; encausando las corrientes de sus actividades y estimulando y fomentando el pensamiento y la voluntad, para alcanzar todos los beneficios de que carecerían abandonadas a sus propios impulsos. Es el Médico un elemento principal, esencial, de progreso en toda sociedad por que él debe imponerse el deber de enseñar, y de las ideas q. difunda dependerá en gran parte su bienestar y progreso. Y debe hallarse el orígen de todo bien y de todo empeño a favor de esa sociedad, en los principios morales que cuando niños recibimos de nuestros padres, y ellos han de ser valla poderosa e infranqueable a todo impulso que no sea mantenido por la honradez y sancionado por la conciencia que ha de reconocer primero su bondad y los fines de provecho que persiga. Puedo afirmar de una manera absoluta y sin vacilaciones que el Médico debe ser en toda sociedad una figura moral de primera calidad porque él representa un núcleo social y todos sabemos que en ese núcleo deben hallarse los elementos de vida para que la célula social pueda desarrollarse y cumplir su fin la vida del conjunto. Por lo tanto el Médico debe ser instruido, honrado, enérgico en la consecución del bien general, valeroso y digno para defender la verdad que salva y engrandece y rechazar la injusticia en cualquier forma que se nos presente. No debe ser ni egoista ni ambicioso; estas dos cualidades obscurecerían en él cualquier otra condición virtuosa que pose-

yera por más que estimo yo muy difícil que pueda llegarse a ser virtuoso, siéndose egoista. La generosidad en los sentimientos es como la esencia purísima del aroma que encierran los corazones y a pocos elementos de la sociedad como al Médico débese exigir la exhalación de esa esencia que ha de envolver muchas veces miserias y dolores sin cuento, para mitigarlos y evitar tormentos físicos y morales a la desolada humanidad.

Nosotros que, unidos hemos de trabajar por llegar a la mayor perfección posible en lo moral como en lo físico y mental, estamos obligados a estrecharnos cada vez más, con mayores vínculos para que el fin de nuestra asociación pueda cumplirse. Sin solidaridad; sin diafanidad en nuestros actos y pureza en nuestras intenciones, no obtendremos jamás el ideal que perseguimos. Por esto es, que abrigo cada vez con mayor convicción la fe en nuestro triunfo y miro en cada compañero más que a un amigo, al hermano, al cual debo mi más acendrado afecto, como mi ayuda moral y material; habiendo llegado en mis entusiasmos por la asociación, a considerarla como algo más que material; a ver en ella el símbolo de un culto al que ofresco todo cuanto pueda sentir; todo cuanto pueda pensar y valer como elemento aislado, deseando que cada compañero llegue a concebir la misma idea y poseer la firme convicción de que nuestro primer deber es, engrandecerla, queriendo para ella los más altos prestigios. Debemos hacernos grandes y fuertes en la Asociación y después podremos vivir tranquilos en la seguridad de que se nos considerará, respetará y estimará tanto más, cuanto mayores puedan llegar a ser sus méritos, solo por nuestra labor científica y nuestro comportamiento en lo profesional y social alcanzados.

En cuanto a lo profesional, el Médico debe ser siempre atento, afable y cariñoso con el pueblo y principalmente con sus compañeros á los que deberá siempre respeto y consideración queriendo para ellos lo que deseamos y queramos para nosotros mismos.

La lealtad debe ser la primera condición de todo Médico para sus compañeros; y para llegar á poder ser sin esfuerzo alguno siempre leales es preciso que nos tratemos con toda franqueza; que no nos engañemos unos á otros; que nos hablemos siempre con sinceridad y seamos veráces en nuestras relaciones. Esa es una de las principales bases para que nuestra asociación llegue a obtener éxito; y si aparentamos poseer todos los sentimientos que son necesarios para unirnos; si asistimos a estas fiestas sin que sintamos los estímulos que nuestro deber nos exige para realizar el bien y obtener el fin honrado y puro que toda Asociación debe perseguir. ¿Entonces para qué engañarnos? ¿Entonces para qué realizar actos de apariencia solamente para unos a costa del engaño de los que acudan aquí con las mejores ideas de unión y solidaridad en busca de prestigios y honores para la clase Médica que han de dar brillo a nuestra Patria infeliz?

Aprovechemos esta oportunidad que nos ofrece la idea de Asociación, para que realicemos nuestros deberes y podamos ensayarnos en el ejercicio de todas nuestras fuerzas morales y mentales para llegar a ser fuertes en la voluntad,

grandes en la acción; invencibles respetados y queridos porque fuertemente atados por el pensamiento y guiados y mantenidos siempre por una conciencia honrada hemos de permanecer inflexibles en la idea de constituirnos para nuestro perfeccionamiento y contribuir también al desarrollo moral y material de nuestra tierra.

El Médico en el ejercicio de su profesión debe regularizar y metodizar su trabajo para que el pueda ser fácil y cómodo mediante la división del tiempo, dedicando cada una a una clase de trabajo.

Debe visitar diariamente a sus enfermos; no esperar a que vuelva a llamársele seguir con interés el curso de la enfermedad, recogiendo todos los datos, y agrupando observaciones para que podamos deducir con toda lógica y precisar indicaciones.

Debe llevar igualmente nota de sus clientes para a fin de cada mes pasar sus cuentas. Estas, deberán ser racionales, justas, equitativas, teniendo siempre en cuenta la condición material del cliente. Los honorarios exagerados podrán bneficiar a alguno pero redunda siempre en perjuicio de la clase Médica en general. El público ante una cuenta exhorbitante reaciona y comenta desfavorablemente, como si tuviera él que satisfacerla. Se reune, delibera y falla en contra de todos los Médicos, que sufren grandes decepciones y todos los dineros del mundo no le compensarían de las amarguras sufridas. No debe ser exigente pero tampoco abandonarse y mirar con indiferencia aquello que estamos en el deber de estimar y apreciar como cosa propia; como una parte esencial de nuestra vida: nuestro derecho a existir; y por lo tanto debemos saber justipreciar nuestra labor, sin jactancias ridículas ni exageración, colocándonos siempre en el terreno de lo justo y razonable.

El Médico debe estimar o dar toda importancia a los casos clínicos que se ofrezcan a su consideraciNn, tanto se trate de un pobre como de un potentado. La importancia del caso clínico no está en razón directa de la posición del enfermo. Así el Médico está obligado a interesarse por igual en todos los casos, y su misión será mejor apreciada por la sociedad quien le rendirá el tributo de su consideración y respeto por que así se lo merezca.

DOS CASOS DE CIRUJIA.

PRIMER CASO.

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL.

Trabajo leido en la Asamblea Anual celebrada en Ponce durante los días 13 y 14 de Diciembre de 1913.

Por el Dr. F. M. Susoni.

Distinguidos colegas:

No son nuevos los casos que someto a vuestra consideración. No persigo otra finalidad, que la de prestar mi modestísimo concurso en este hermoso torneo intelectual; la de aportar mi grano de arena para el edificio que con tanto cariño y abnegación levanta nuestra Asociación Médica tras titánicos esfuerzos. Quiero ser uno de sus más humildes obreros. Si mi labor, a juicio de vosotros merece los honores de ser conside-

rada, me sentiré satisfecho al haber cumplido con mi deber. Si por el contrario no respondiese mi trabajo debidamente a vuestros anhelos, perdonad, he hecho cuanto he podido.

El primer caso que voy a desarrollar, es el de la señorita Josefa Morales que está presente, y a quien ya en la última Asamblea Médica celebrada en Arecibo, tuve el honor de presentar con motivo de la primera intervención quirúrgica á que había sido sometida.

Mas como quiera que la intervención referida guarda íntima relación con la que en estos momentos me ocupa, permitidme retrotraer aquí aquel historial, porque la fusión de ambos trabajos, es lo que precisamente a juicio mío, brinda especial interés al caso. (.) Véase "Neoplasias ováricas" No. 80 del Boletín de la Asociación Médica de P. R.

Por lo expuesto habréis comprendido la deuda que con vosotros tenía contraída, deuda que hoy me propongo saldar cumplidamente. De acuerdo con los propósitos exteriorizados en aquella Asamblea, cuatro meses después, procedí á practicar en la señorita Josefa Morales la histerectomía total abdominal del modo siguiente:

Abierta la cavidad mediante una incisión vertical a la izquierda de la línea alba, asiento de la cicatriz correspondiente a la pirmera laparatomía, insición extensa que partía desde un centímetro por debajo del ombligo hasta otro centímetro por encima del pubis, hube de encontrarme al caer sobre el peritóneo, con la primera dificultad; adherencias extensas de este, más allá del plano cicatricial, que radicaban en las mismas paredes internas del abdómen. Destruídas que fueron, procediendo con exquisito tacto, caí sobre la masa tumoral que no otra cosa era que el útero en degeneración fibrosa como podéis observar á la vista de la pieza anatómo-patológica que aquí tenéis.

En este punto las dificultades se multiplicaron. Las adherencias del útero con varias asas intestinales, fenómeno que no extrañaréis seguramente, si recordáis las muchas que existían entre éstas y los dos tumores ováricos primitivos; estas adherencias dejaron al ser desprendidas, soluciones de continuidad en las mismas zonas intestinales, que fueron a soldarse a la cara anterior y posterior del útero y al ángulo derecho del mismo.

Vencido que fué este contratiempo con escrupulosidad y calma, y separadas las adherencias existentes entre el útero y la vejiga, quedó ya la masa tumoral en condiciones de proceder a la separación.

Conservada la mesa en posición de Trendelemburg, cuidadosamente fué aislado y empujado el paquete intestinal mediante servilletas estériles de gasa seca. Fijación del útero con larga pinza de garfio, sección del ligamento ancho izquierdo previa aplicación de las pinzas de ligamentos anchos, ligadura de la arteria uterina.—Igual técnica con el ligamento derecho y arteria uterina correspondiente.--Desimplantación del peritóneo anterior y posterior a dos centímetros por encima del fondo de saco de Duglass y de un centímetro por encima del anterior.—Punción posterior del fondo de Saco de Duglass, e incisión completa de un ángulo al otro del mismo.—Análoga operación con el fondo de saco anterior, y ya la masa fué nues-

tra.—Sutura muscular del fondo vagino abdominal.—No restaba otra cosa que peritonear, cuya operación fué hecha a sutura corrida con catgut.—Terminado esto, se procedió a cerrar el peritóneo, y cerrada la cavidad á dos planos de sutura músculo,—aponeurótica, se procedió a la sutura correspondiente de la piel.

Por la noche subió la temperatura a 38 grados; atribuyéndolo a la reacción del suero, que en cantidad de un litro por la vía hipodérmica habiásele inyectado antes de la operación.

A la mañana del siguiente día estaba en la normal; y desde este momento continuó nuestra paciente sin accidente alguno. A los 8 días fueron separados los puntos, y á los 22 salió curada.

SEGUNDO CASO.

FRACTURA DEL CRANEO

CON GRANDES DESTROZOS.

Eleuterio Borrero de 21 años de edad, soltero, natural de Utuado, sin antecedentes heredo-patológicos, buena constitución; empleado en la Central Azucarera "Caños", de Arecibo, como segundo maquinista en la sección de centrifugar.

Entre diez y once de la noche correspondiente al diez de Junio próximo, pasado, en los momentos de realizar una maniobra, reventóse una de las grandes poleas que imprimen los movimientos a la centrifugadora, y según refieren testigos presenciales, un cabo de la misma fué a chocar violentamente sobre la cabeza del joven Borrero, quien, como si hubiera sido herido por un rayo, súbitamente cayó desplomado.

Como Médico de la referida Central, fuí avisado inmediatamente, y trasladado al lugar del suceso, encontré a este joven tendido, y al parecer moribundo sobre una cama improvisada, y en medio de una laguna de sangre, sumido en el coma, respiración estertórea,—pulso casi imperceptible,—miembros completamente inertes, a excepción del brazo derecho que presentaba suaves y repetidas sacudidas.

Sobre la cabeza tenía colocada una gruesa capa de algodón húmeda y sujeta por un vendaje que no quise levantar, por considerarlo inútil en aquel sitio, y hasta peligroso por carecer de medios conque proceder a una cura preliminar, ordenando fuese trasladado inmediatamente en camilla al hospital, después de aplicársele algunas inyecciones de cafeína, estricnina y aceite alcanforado.

A las dos de la madrugada, fué llevado a la mesa operatoria en un estado tan precario, que hube de dudar acerca de la intervención, puesto que todo hacía presumir una muerte inevitable y pronta.

Pero pudo más la grata esperanza que alentaba mi vehemente anhelo de salvar una vida útil y lozana que se extinguía en medio de la general consternación, y con la voluntad firme y la fé en la noble causa que defendía, no vacilé, y acometí la difícil empresa.

Levantado el vendaje y separada la compresa que cubría la zona contundida, descubrí una extensa herida, cuyos bordes magullados y en girones, se extendían a unos dos centímetros por delan-

te del Bregma sobre la misma cisura *metópica,* siguiendo una dirección oblícua hacia abajo y afuera hasta la apófisis orbitaria externa e izquierda, desde cuyo punto se reflejó hacia adentro siguiendo la línea del arco superciliar, terminando a un centímetro de la eminencia nasal; herida que había interesado todo el espesor de los tejidos blandos a la simple inspección ocular. Esta herida, empezó a sangrar con extraordinaria abundancia tan pronto como cesó la compresión del vendaje oclusivo, y no habiendo tiempo que perder, taponé con gasa el fondo de la misma, ordené el rasuramiento total del cuerpo cabelludo, y la preparación correspondiente de todo el campo mediante una rigurosa desinfección. Hecho ésto, a partir del extremo superior, tracé dos incisiones diametralmente opuestas que fueron a terminar en el punto de unión de la sutura coronal con la línea semi-circular superior, punto conocido con el nombre de "Stefanium".

Con estas dos nuevas incisiones quedaron constituídos dos grandes colgajos, de forma triangular, los cuales fueron rápidamente disecados, quedando al descubierto todo el campo de la lesión ósea.

Separado el taponaminto de gasa, y hecha la limpieza de la región con suero estéril oxigenado, presentóse a nuestra observación el cuadro siguiente: Fractura del hueso frontal en forma estrellada de diez centímetros de diámetro mayor vertical, y de seis centímetros de diámetro transverso, afectando la forma de un triángulo irregular de lados convexos hacia afuera. Trazando una línea desde el ángulo bregmático de la herida hasta el centro de la eminencia nasal, gráfica del gran seno longitudinal superior, y desde el centro de ésta línea hasta el borde óseo derecho de la fractura, medía un centímetro y medio, dato este suficiente para dar por segura la lesión del gran seno, tanto más, cuanto que en este sitio se presentaba a la vista gran esquirla basculada hacia adentro, hundida verticalmente en la masa encefálica. No era pues prudente empezar por la separación de esa esquirla, hasta tanto no fuesen separadas todas las demás, dejando el campo libre para proceder con toda cautela y la escrupulosidad debida para su separación.

Hacia arriba existía una extensa esquirla embarrada por debajo del borde superior lateral izquierdo. Hacia el medio, tres esquirlas imbricadas de forma triangular y hundidas por sus tres ángulos convergentes en el seno de la masa encefálica; y hacia abajo, muchas esquirlas desprendidas, hundidas unas y flotando otras sobre una papilla de masa encefálica que en bastante cantidad habíase derramado.

Si tenéis en cuenta la situación topográfica de la esquirla vertical, precisamente en el sitio correspondiente al gran seno longitudinal superior; si consideráis que por el oído izquierdo y nariz fluía regular cantidad de sangre; si pensáis en que al levantar el párpado izquierdo, asiento de una infiltración equimótica extensa hube de encontrar el ojo en estrabismo convergente, podréis daros acabada cuenta de mi situación, por demás enbarazosa en aquellos supremos instantes de prueba.

Lesión o fractura de la base del cráneo, rotura del seno longítudinal superior, rotura de la meníngea media, es-

travismo del ojo izquierdo, pérdida de sustancia encefálica, he ahí todo un cuadro de gravedad inusitada cuyas consecuencias no podían prejuzgarse.

Veamos ahora los fenómenos que fueron presentándose á medida que avanzábamos en aquella labor quirúrgica.

Procediendo a la separación de esquirlas, comencé por la que estaba embarrada bajo el borde supero-lateral izquierdo de la fractura, e insinuando un elevador por debajo de ella, y desprendiendo la dura-madre cuidadosamente con una espátula, y aplicando una pinza-gubia en el borde libre de aquella, mobilicé y desprendí la referida esquirla.

Acto seguido, y siguiendo la misma técnica, fuí separando y desprendiendo las tres esquirlas centrales, las cuales habían desprendido a su vez múltiples esquirlas procedentes de su lámina interna que habían ido a incrustarse en la segunda circunvolución frontal a través de las meninges. Separación de dos esquirlas más correspondientes a la región superciliar del frontal, cuya fractura reflejándose en el suelo de las circunvoluciones frontales, había roto también la bóveda de la cavidad orbitaria. Restábame pues, la separación de la esquirla que verticalmente había dividido en dos el gran seno longitudinal superior y actuando al mismo tiempo como de tapón. Más, como quiera que la sangre que fluía á través de la dura-madre era de tal consideración q. hacíase necesario cohibirla, y dando casi por seguro que aquella tenía su origen, a juzgar por su abundancia, en alguna rama importante de la *meningea* media, procedí a ir todo lo más lejos posible, en busca de la misma ayudado de torundas montadas, y de una espátula con la que fuí separando la dura-madre de la pared interna correspondiente a la cara superior y lateral del frontal, y no tan lejos como presumía, encontré la rama sangrante que inmediatamente ligué en masa con catgut cromizado. Aquí, en este punto, hube de separar muchos coágulos productos de la misma rama ulteriormente ligada.

Libre ya de este incidente, y preparado para afrontar el que seguramente había de presentarse al sejarar y desprender la esquirla, basculada, con una pinza dentada mordí aquella, y con movimiento suave de tracción empezó a ceder. Pero al vencerla, un río de sangre invadió el campo, el gran seno sangraba a chorros como si se tratara de una gruesa arteria.

Sin perder la calma que en aquel instante era decisiva, por la abertura de las meninges previamente dilatadas con la tijera roma, insinué el dedo índice de la mano izquierda por la pared interna de la pía-madre hacia arriba, y bajo el punto de partida de la fractura, y contra la pared interna del frontal, comprimí el seno dejándole obstruído.

Armada entonces la mano derecha con una aguja de Reverdin enhebrada, la pasé rozando la pared interna del hueso a centímetro y medio de mi dedo, la basculé hacia adentro y abajo más allá de los límites del seno, y dejando el asa en este sitio, separé la aguja, y volví en su busca por debajo de la pía-madre para arrastrarla al lado opuesto,, punto de partida, y cerrar el lazo que dejó ligado dicho seno.

Hubiera podido apelar al método clásico de la obturación del seno por medio

del catgut; pero estaba nuestro paciente tan exangüe, que teniendo en cuenta que en ésta maniobra habíamos de perder algún caudal más, preferí apelar al método descrito, abarcando gran parte de las meninges en ésta ligadura teniendo en cuenta la natural friabilidad de las paredes del seno.

Y en efecto, no hube de arrepentirme, porque el resultado fué excelente.

Abiertos los bordes de las membranas envolventes, y separada la papilla encefálica correspondiente a la porción media e inferior de la segunda circunvolución frontal, insinué dos dedos por debajo del lóbulo, y al tocar la pared superior de la órbita, chocaron mis dedos con una perforación en el fondo de la cual pude palpar el nervio óptico, y en torno suyo unas cuantas esquirlas procedentes de la misma bóveda orbitaria.

Con una gasa ancha y de veinticinco a treinta centímetros de larga, procedí a levantar ligeramente el lóbulo, insinuando aquella por debajo de éste, y uniendo los los extremos mediante una pinza de "Pean", quedando así como en una hamaca ligeramente suspenso el referido lóbulo y siéndome de este modo fácil la exploración y limpieza de este foco. En efecto con una pinza larga y curva fuí separando uno á uno los fragmentos óseos alojados en la cavidad orbitraria, y al finalizar explorando, para mayor seguridad, con el mismo índice, tropecé con una esquirla que en forma de cuña habíase alojado por debajo del nervio óptico. En este instante asaltó a mi mente la idea de que dicho fragmento pudiera ser la causa del estrabismo del ojo. Ordené a uno de los ayudantes la elevación del párpado, y al desprender el fragmento óseo, fué curioso ver la vuelta del ojo a su eje central.

Lavada esta cavidad con suero estéril, dejándola libre de coágulos, dejé caer nuevamente el lóbulo frontal, después de haber suavizado los bordes de la fractura orbitaria, y aplicando tres puntos de sutura en las membranas sobre las que éste descansaba.

Recorté los bordes contundidos de las membranas envolventes, y procedí a suturar dichos bordes refrescados, teniendo en cuenta la alta función protectora que la dura-madre desempeña, evitando así una hernia de encéfalo.

Exploré el ángulo interno de la fractura craneal, y en el punto de unión entre el frontal y el etmoides, encontré varios coagulitos de sangre, que al ser desprendidos, dieron acceso a una pequeña hemorragia capilar que a su vez fluía por la nariz. Una corriente de suero estéril aplicada en este sitio, tuvo su inmediata salida por las fosas nasales con lo que quedó comprobado que las células etmoidales y la lámina cribosa del etmoides habían sido interesadas, explicándose de éste modo el síntoma de la epistaxis.

Queriendo investigar también el origen de la otorragia, disequé el coágulo triangular de los tegumentos externos, más allá de los límites del frontal, y al llegar al punto de unión entre el ala mayor del esfenoides y la concha del temporal, hube de encontrarme una fisura que se dirigía hacia abajo, pero que sin llevar más allá la exploración, comprobaba las sospechas de la fractura probable de la base del cráneo.

Nuevamente se hizo discurrir por todo

el campo operatorio una profusa y sostenida irrigación de suero estéril, a la temperatura de treinta y cinco grados, a la que sucedió otra gradualmente enfriada hasta la temperatura de veinte y ocho.

Resfrescados los bordes de la herida exterior, y separados algunos girones inutilizables, adosé en todo lo posible dichos bordes por medio de puntos de sutura entrecortada de un extremo al otro de la herida, dejando no obstante un tubo de drenaje en el ángulo superior y otro en el ángulo inferior y externo, que profundicé hasta la pared de la órbita, para asegurar una correcta antisépsia, y aplicando el vendaje dí por terminada la operación entre 4 y 5 de la mañana.

Llamo poderosamente vuestra atención, hacia los distintos fenómenos observados en el curso de esta labor quirúrgica, porque merecen a mi juicio, el ser mencionados, ya que son pocas las oportunidades que brindan la grata sorpresa de ver cómo la vida resurge a medida que la mano del cirujano avanza en su labor. Por mi parte no he de ocultar a vosotros la honda satisfacción creciente que se apoderaba de mi espíritu, a cada nuevo signo que señalaba el progreso gradual de aquel verdadero renacimiento.

Pero aparte de estas consideraciones de orden puramente moral, bríndannos dichos fenómenos la oportunidad de ir comprobando la relación existente entre la función normal y la causa que la perturba.

Nada os había dicho, intencionadamente, á propósito de la anestesia.

Tan pronto fué aplicada, hubimos de renunciar a ella puesto que en dos ocasiones paralizó las funciones respiratorias, del pneumo-gástrico, siendo dicha circunstancia seguramente la que proporcionó esta feliz oportunidad experimental.

Si recordáis la topografía de los principales centros corticales motores, los del miembro inferior, los del miembro superior y los de la cara, escalonados de arriba á bajo sobre la circunvolución frontal ascendente limitada hacia atrás por la cisura de Rolando. Si hacéis memoria sobre la topografía del centro correspondiente al lenguaje articulado que reside en la tercera circunvolución frontal por delante y un poco por debajo del punto rolándico inferior.—Si pensáis en la situación del centro motor del tronco, tercio medio de la primera circunvolución frontal, podréis explicaros perfectamente el fenómeno de la rehabilitación gradual de las funciones de estos centros, amedida que fuí despojándoles de los obstáculos que las perturbaban.

Así se comprende que al término de ésta completa liberación, hubiéramos tenido necesidad de recurrir a la anestesia, ya que por la exajerada actividad de las contracciones generales habríase hecho imposible terminar la operación. Considerando por último que la muerte por fractura de la base del cráneo la determina la meningo-encefalístis, casi siempre derivada de infecciones procedentes del oído, faringe o nariz, practiqué como medida preventiva la desinfección rigurosa de estas tres cavidades y taponé con gasa aséptica el oído. De todo lo expuesto se deduce señores, que, por graves y desesperados que sean los casos que se nos presenten, y por gran-

des que sean los destrozos sufridos, el cirujano no debe desmayar nunca, no debe jamás renunciar a su alta y noble misión.

Solo así podrá experimentar grandes satisfacciones, como la que en estos instantes experimento al poderos presentar la prueba encarnada en el joven Borrero que vuelve a la sociedad como el soldado victorioso, envuelto en su bandera.



DEL CYANURO DE ORO Y POTASIO EN EL TRATAMIENTO CONCOMITANTE DE LA TUBERCULOSIS.

Por el *Dr. G. Calazar Palau.*

Trabajo leído en la Asamblea de Ponce Diciembre 13 y 14.

Hace seis años, siendo aún Médico Director del Hospital Tricoche de esta Ciudad, tuve la idea de ensayar el Cianuro doble de Oro y Potasio en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Fuí a ese experimento, guiado por los estudios bacteriológicos de otros autores sobre la acción del Cianuro de Oro sobre los cultivos del Bacilo de Koch, según los cuales bastan (I por dos millonésima de agua para impedir su reproducción. En una de las últimas Revistas, que han pasado por mis manos, he visto confirmado ese hecho.

Los resultados que obtuve inmediatamente fueron tan llamativos, que repetí la experiencia en tres ó cuatro casos de enfermos pobres. Los efectos apreciados en todos ellos, fueron, cesación de la fiebre y mejora de los signos físicos.

Sin embargo hube de dejar esas experiencias, debido a la reacción intensa que localmente se presentaba en el sitio de la inyección y que hizo temible el tratamiento por el dolor para los enfermos.

A pesar de ello comuniqué mis impresiones a varios compañeros, entre los que recuerdo a los doctores Villaronga y González Martínez, aunque sin insistir de momento en el empleo del medicamento por la causa apuntada.

Esperando la ocasión propicia para modificar el modus operandi, confieso por causas agenas a mi voluntad, suspendí por aquel entonces los ensayos.

Solo recuerdo haber recurrido dos veces más á él, pero la reacción hízome de nuevo retraerme. Hace próximamente medio año y hallándome ante un caso desesperado de un enfermo hijo de una tuberculosa ya fallecida y hermano de otra tuberculosa también fallecida y con quienes convivía en las condiciones pésimas que todos ustedes conocen en la clase pobre de esta Isla, á pesar de que el enfermo no presentaba lesiones pulmonares, aunque sí bronquitis, usé de nuevo el Cianuro creyendo que se trataba de un caso de septicemia de foco desconocido. El resultado fué admirable. Dos días después cedió la fiebre, (que tenía todos los aspectos de una tifoidea) y el enfermo se repuso rápidamente, estando hoy entregado a sus ocupaciones de tipógrafo.

Este caso, ante la pura ciencia no dice nada./ Faltaron los exámenes bacteriológicos pertinentes en aquel entonces. Sin embargo esos exámenes se verificarán ahora. Pero ante el clínico tratante, que está compenetrado del caso, tiene un gran valor|. Tanto que me de-

cidió por último a tomar en serio la acción del cianuro no solo en las tuberculosis pulmonares sino y sobre todo, en esas formas de septicemia sin causa conocida.

Poco antes de salir el Dr. Zavala para San Juan le pedí su autorización para hacer vivisecciones en el campamento de la Sanidad de esta Ciudad, tan pronto aligerase el trabajo que por aquellos días tenía. Mi objeto era intentar las inyecciones intravenosas de cianuro de oro y potasio para poder en caso de éxito adoptar esa vía en los casos futuros. En ese intermedio cayó en mis manos accidntalmente la presente Revista de Biología a la que no estoy suscrito, donde acabo de ver los efectos remarcables obtenidos por Bruk y Gluk en 1913 en el tratamiento del lupus aun habiendo lesiones pulmonares, por el Cianuro doble de oro y potasio. Esta misma revista dice que guiado por esos esperimentos M. Junker, ha usado en Junio de 1913 este medicamento por vía intravenosa. Yo no voy a traer aquí las conclusiones de éstos autores, porque al parecer no tienen bastante número de casos para formularles. Sin embargo he de decir que ese autor ha inyectado casos (II) de tuberculosis pulmonar apirética notando a continuación aumento de temperatura. En los casos tratados en Ponce ha sido lo contrario. Se ha empezado por casos febriles y según datos de la nurse del Dispensario y según mis propias observaciones, la fiebre cede después de dos o tres inyecciones. Finalmente cuando Junker ha disminuido las dosis, la reacción térmica no ha sido tan elevada. Junker ha usado las inyecciones intravenosas primero a un centígramo pero luego bajó a un miligramo. Yo he usado la inyección intramuscular de medio centígramo y últimamente de un cuarto de centígramo. "ESTAS SIN REACCION LOCAL APRECIABLE".

Los resultados de primera impresión son sencillamente alentadores y no sigo por este camino para no exponerme a críticas muy justas. Bastará que les diga la impresión de Junker. "ES NECESARIO CONCLUIR EN UNA ACCION VERDADERAMENTE ELECTIVA DEL CIANURO DE ORO SOBRE LOS FOCOS TUBERCULOSOS DE LOS PULMONES."

De mí sé decir que los signos físicos se modifican generalmente a la segunda inyección, pero, que sobre todo, lo más llamativo es la acción antipirética cuando esa fiebre es puramente tuberculosa. Dice Junker. En tres de los dos enfermos he visto una mejoría rápida y muy acusada de las lesiones locales. Yo puedo decir que de 2 en mis 5 casos la modificación se obtuvo en menos de 48 horas. Nos encontramos probablemente frente a un agente de cierta acción eficaz en la tuberculosis. Su efecto por las rápidas impresiones de los primeros casos, parece ser análoga a la de la tuberculina, sin los inconvenientes de esta por ser materia de fácil titulación. Esta sustancia será ampliamente ensayada en el curso del 1914, no solo en Ponce, sino también en San Juan y por mi parte prometo en la próxima Asamblea anual presentar el record correspondiente para medir su valor.

Sea éste cual fuere, he tenido interés

en hacer visible la prioridad que me pertenece, no sólo por el valor que pueda tener en la tuberculosis, sino particular mente por su acción antitóxica y antipirética en esas septicemias sospechosas de ser tuberculosas.

HIPERGLICEMIA TROPICAL.

Compañeros:

Me interesa hablarles desde este sitio acerca de la Hiperglicemia tropical por considerarlo de una importancia especialísima. Con suma frecuencia encontramos en nuestros análisis de orina, cierta cantidad de azúcar y para daros cuenta de esos hallazgos basta decir que anotados los 35 análisis hechos por mí durante los meses de Noviembre y Diciembre he visto la glicosuria 28 veces, lo que hace una proporción de 80 por 100 que como veis es enorme. Si este solo hecho no fuese bastante para llamar la atención nuestra sobre ese punto, hay motivos clínicos que han de obligarnos a fijar las ideas en cierta clase de enfermos que vienen a nuestra consulta quejándose de lo que pudiéramos llamar pequeña hiperglicemia o sean vértigos, laxitud, sudores y a veces eczemas y forunculosis.

Enfermos de tal clase son frecuentes y en ningún caso debemos cerrar un juicio diagnóstico, sin investigar la orina, donde hallaremos azúcar, lo que nos esplicará la mayor parte de las dolencias que aquejan a nuestro paciente.

En este trabajo he de ser ante todo sincero. Y yo no podría ser sincero si no les dijera desde el primer momento, que pretendo borrar de vuestra memoria la afección que conocemos bajo el nombre de DIABETES por creer que lo que nosotros solemos llamar Diabetes considerándola como una entidad nosológica, no es tal entidad: es más bien un síndrome que obedece a causas múltiples, y que presenta variada patogenia. Sin etiología especifica y sobre todo con patogenias variadas no debemos constituir una entidad y eso lo venimos haciendo con la llamada DIABETES.

Nosotros venimos llamado así a un estado patológico que se revela por la presencia de azúcar en la orina, por el exceso de orina en la sangre, y por un conjunto sintomático complejo y sumamente variable en cada individuo, pero frecuentemente caracterizado por polidisia, poliuría, polifagia, forunculosis, eczema, neuralgias, vértigos, laxitud, desnutrición unas veces, obesidad otras, acetonemia y a veces coma.

Pues bien: la mayor parte de estos trastornos sino todos, son efecto de una causa única, la Hiperglicemia, exceptuando la acetonemia y coma consecutivo que obedece a ciertos trastornos de la catabólosis de las grasas y que se presenta solo en ciertas condiciones.

La Hiperglicemia es pues la causante de la variedad sintomatologica de lo que solemos hay llamar DIABETES. Pero mirando las cosas desde el punto de vista de la patologia general nosotros hemos de darle a la Hiperglicemia un valor extraordinario y equipararla a la FIEBRE que está considerada como un síndrome, que trae en pos de sí una serie de alteraciones dependientes de ella como son la sequedad de la boca, la anorexia, la taquicardia, la polipnea, la oliguria y a veces hasta el delirio, como

dependientes directamente de la elevación térmica, pero no como una entidad.

Tanto la fiebre como la Hiperglicemia obedecen a causas múltiples, y procesos patogénicos diversos la constituyen. Con las fiebres ha podido hacerse una distinción entre muchos aspectos clínicos, constituyendo con su etiología y patogenia especiales, interesantísimas entidades nosológicas. Con la hiperglicemia no se ha hecho nada de eso, reinando un completo desorden en lo más fundamental cual es la etiología y patogenia: y debemos atribuir esa ofuscación a la poca precisión en los tipos clínicos. No conociéndose pues debidamente la sucesión de los elementos etiológicos y desarrollo de la patogenia en los diversos estados Hiperglicémicos, no estamos autorizados a presuponer bajo el nombre de DIABETES una entidad que se manifiesta por un trastorno cuya etiología y patogenia no están debidamente aclarados.

Por eso yo invito a no considerar la diabetes como una entidad, y hasta creo prudente usar ese término sólo convencionalmente o no usarlo del todo, para evitar confusiones.

Estudiemos los diversos mecanismos de la hiperglicemia, desenmarañemos la intrincada madeja de sus etiologías hoy revueltísima; y entonces podremos crear entidades nosológicas que irán debidamente denominadas con su nombre y apellido correspondientes.

La anterior disertación ha sido necesaria como preámbulo a la Doctrina que voy a exponer, y sobre todo considerando que del gran número de hiperglicémicos que vienen a consultarnos, podemos separar una categoría, (la más numerosa), que no padecen la enfermedad clásica con el síndrome completo. En nuestros casos la polidipsia y la polifagia es rara. Los eczemas y forúnculos solo se presentan en la cuarta parte de los enfermos. En cambio los vértigos, y la laxitud son casi constantes. Estos estados hiperglicémicos son curables por lo menos temporalmente, lo que indica que no obedecen a lesiones profundas o definitivas de ningún órgano. Sería sumamente conveniente que en las futuras autopsias no se descuidase el exámen del higado, bazo, pancreas, glándulas suprarenales y cuerpo tiroides, órganos que intervienen en la patogenia de diversos estados Hiperglicémicos. Si si así se hiciera quizás, podrían encontrarse algunas lesiones microscópicas que explicarían esas glicosurias curables tan frecuentes aquí. Parece sin embargo que la patogenia de esta Glicosuria está a merced de cambios moleculares tan ténues, que más podrían entrar en lo que se llama trastorno funcional, que en una perturbación seria de cualquier órgano o sistema, de los que intervienen en la producción o consumo del azúcar en nuestra economía.

Tal impresión es la que domina en este trabajo. Iré siguiendo los razonamientos de lo conocido a lo desconocido, de lo simple a lo complicado.

Empezaré por el sistema GLICOSURIA, veremos luego el síndrome HIPERGLICEMIA; seguirán a ellos los fenómenos de la glucogenia y glicolisis normales para terminar con la fisiología patológica de tales fenómenos.

Incidentalmente haré mención de las lesiones que se han encontrado en las autopsias de individuos que en vida tu-

vieron Glicosuria. Terminaré exponiendo los conceptos o teorías más aceptadas sobre diversos estados hiperglicémicos y encuadrando por decirlo así y sólo provisionalmente en una teoría, la etiología y patogenia de la Hiperglicemia tropical.

Apesar de tan vasto programa, seré breve, pues no he de decir nada que no sea verosímil o no esté de acuerdo con la clínica y la experimentación.

(A) El signo GLICOSURIA.

Es a veces el mismo enfermo quien nos dice que cree tener algo en la orina porque ha notado que su vaso de noche se llena de hormigas o cucarachas. Otros más esplícitos nos aseguran que han probado su orina y la encuentra dulce.

Otros, en fin vienen a consultarnos por los pequeños signos de la Hiperglicemia más o menos acentuados, sin saber su causa ni darnos indicios de la misma.

En cualquiera de estos casos el médico viene obligado a investigar el azúcar en la orina y la mayor parte de las veces el hallazgo es un hecho.

No he de entretenerme en los detalles de estos análisis, pero sí he de decirles que dada su grandísima importancia y enorme freçuencia debería hacerse sistemáticamente y que debería hacerlo, el mismo médico.

Sea haciéndolo personalmente, sea mandándolo a hacer, precisa tomar una precaución importante. El enfermo, objeto de estudio, debe recoger aparte en frascos separados la primera emisión de la mañana en ayunas, después de haber vaciado una o dos veces su vejiga durante la noche. Aparte también, la emisión correspondiente a dos horas después del almuerzo, habiendo tenido asimismo el cuidado de vaciar su vejiga antes del almuerzo. Las demás emisiones pueden mezclarse en un tercer recipiente. Si entre el desayuno y el almuerzo se hicieran varias emisiones podrán mezclarse en el recipiente común, junto con la última del mediodía.

En cada frasco debe ponerse un rótulo indicando la hora de la emisión y añadir también en cada uno de ellos un pedacito de timol.

El análisis se hará primero cualitativamente y luego si es positivo se hará cuantitativamente en las tres porciones. Cuando vaya a hacerse el análisis, se tomará nota de la cantidad de cada frasco de las emisiones de la mañana y después del almuerzo; pero al hacerse el análisis de la orina recogida en el recipiente común debe añadírsele la orina que haya sobrado de los análisis de las otras porciones.

Los exámenes parciales tienen una importancia capital. La Glicosuria de este País suele ser intermitente o mejor dicho rítmica, desapareciendo en ayunas y apareciendo después de la comida. Cuando es contínua se marca también una diferencia notable entre la orina de la mañana y la del post meridium, sobre todo si el enfermo no está a dieta de hidrocarbonados. Este solo hecho tiene una gran importancia para el clínico, pues dá el primer indicio de la tolerancia o intolerancia que pueda presentar nuestro enfermo vis a vis de los Hidratos de Carbono.

Cuando la glicosuria no pasa de cinco gramos, suele desaparecer por las mañanas. Si es mayor la diferencia entre la cantidad de la primera emisión y la del

post meridium, puede alcanzar diez gramos, y aun más.

En algunas ocasiones la cantidad de azúcar alcanza cifras muy elevadas y apesar de ello suele poderse reducir a cero o disminuirla en gran proporción Esta gran Glicosuria se encuentra también algunas veces aquí, y hay que presumir que no obedece a causa distintas que la Glicosuria pequeña comunmente hallada, porque obedece a los mismos agentes y puede desaparecer difinitivamente. Cuando sea rebelde a toda dieta y a toda medicación habrá que pensar en lesiones irreparables de alguna de las glándulas de sercreción interna que intervienen en los fenómenos de la glucogenia o glucolisis.

Junto a la Glucosuria el clínico debe investigar como dato utilísimo la cantidad de Urea, pues así podrá darse mejor cuenta del estado funcional del Hígado en relación con la dieta y estado de nutrición del paciente. La investigación de la Urea debe hacerse después que se hayan eliminado otros compuestos azoados y amoniacales que son atacados por el Hipobromito y enmascararían los resultados precisos del exámen.

En las mujeres en cinta y en el período de lactancia debe investigarse la lactosa por el método de las Ozasonas, para no confundir una reacción que tiene interpretación muy distinta a la de la Hiperglicemia que nos ocupa.

Ligado a la Glicosuria y sobre todo en casos avanzados y no tratados, debe investigarse la presencia y cantidad de Acetona y ácido diacético, cuya presencia tiene un interés grandísimo para el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Por de pronto he de manifestar que tales cuerpos no son frecuentes en la Hiperglicemia tropical.

(B) EL SINDROME HIPERGLICEMIA.

Normalmente circula en la sangre azúcar en la proporción de 0,10 a 0,15 gramos por 100. Esta cifra no varía de un modo notable cuando los procesos de glucogenia y Glucolisis son normales. Aun suponiendo que el individuo sano exagere la ingestión de materias azucaradas, la sangre no se carga de azúcar, en tanto no se rompa el equilibrio entre la producción y el consumo. El hígado es el encargado de almacenar en forma de Glucogeno el azúcar ingerido en demasía, auxiliandole en esta función también los músculos y algunos otros órganos. Gracias a este almacenaje de un lado y al normal consumo por otro, la sangre conserva su tasa normal y no se presenta la hiperglicemia. Apesar de ello, cuando la cantidad de azúcar ingerido, es exorbitante (de 200 a 300 grms) aun conservándose normales las funciones glucolíticas y glucogénicas, se presenta hiperglicemia transitoria y tras ella la glicosuria. Aun sin aumentar excesivamente la tasa de azúcar ingerida, y digo de azúcar, porque los amiláceos no provocan nunca la glicosuria alimenticia, puede presentarse la hiperglicemia por efecto de una perturbación orgánica de los tipos que veremos más adelante.

Sea como fuera, una vez establecida la hiperglicemia y no se corrigen sus causas, manifiéstanse un conjunto de fenómenos patológicos de los cuales el menos importantes es la Glicosuria.

En efecto: Bañados los órganos de

la economía en una sangre alterada en su isotonia y en su composición química, las consecuencias son inmediatas. Los tejidos se nutren mal, haciéndose propensos para la infección y mortificaciones (Forunculosis y gangrena): el sistema nervioso central se resiente (vértigos y sudores): el periférico protesta en forma de neuralgias tenaces: la polidipsia es consecuencia de la poliurea y esta depende directamente de la hiperglicemia por acción físico-química; en algunos casos el organismo se vicia con productos de auto intoxicación que dan margen a los eczemas y a la acetonemia. Todas estas manifestaciones sintomáticas están consideradas como características de la diabetes, siendo así que solo representan una parte de un profundo trastorno orgánico que puede ser producto de causas complejas y distanciadas entre sí en su delicado desarrollo. Para darnos cuenta de esta verdad, entremos en el próximo. Capítulo.

(C). FENOMENOS NORMALES DE LA GLUCOGENIA Y GLICOLISIS.

Si fuese a exponer detalladamente lo mucho que se ha escrito sobre estos procesos, aun limitándolo a exposición de teorías, llegaría a cansaros. Me limitaré pues, a exponer algunos hechos innegables y a sacar conclusiones. Aun así he de rogaros una atención que no merezco porque la complexidad del asunto lo requiere.

El azúcar es indispensable para nuestra vida. Tanto es así, que cuando el organismo se ve privado de materiales azucarados o amiláceos y se ha agotado la reserva de glucógeno almacenado en el hígado y en los músculos, el organismo echa mano de los albuminóideos y aun de las grasas y los transforma en azúcar por procesos biológicos complicados para satisfacer la necesidad que de ello siente. La mayor parte de ese azúcar es consumida por el sistema muscular tanto de fibra lisa como estriada, quemándolo para producir el calor necesario a su funcionamiento.

Siendo, pues, necesarios, constituyen los alimentos azucarados y amiláceos uno de los factores más importantes para el fisiólogo.

Las materias hidrocarbonadas más usadas en nuestra alimentación son monosacarídeos, disacarideos y polisacarídeos. Los monosacarídeos podríamos llamarles azúcares simples y entre ellos se encuentran la Glucosa o azúcar de las uvas, y la levulosa o fructuosa o azúcar de la mayor parte de las frutas.

Ambos son absorvidos en el intestino sin haber sufrido transformación alguna.

Los Disacarideos, son azúcares compuestos y entre ellos los más usuales son la sacarosa o azúcar de caña, y la Lactosa o azúcar de leche.

Estos azúcares son transformados en el tubo digestivo en glucosa, maltosa y galactosa, gracias a los enzimas que se producen o vierten en el trayecto que siguen antes de ser absorvidos. El desdoblamiento de la lactosa es mucho más importante en los niños de pecho, en quienes abunda la Lactasa fermento estudiado por Bierry y por mí, en el intestino de los fetos de las vacas.

Los polisacarideos son verdaderos grados avanzados en la constitución de

los Hidratos de carbonos y entre ellos nos interesan grandemente las harinas y féculas comprendidos bajo el nombre genérico de sustancias amilaceas.

Estas al ser ingeridas, son atacadas primero por la saliva y luego por el jugo pancreático y biliar transformándose en azúcares sencillos generalmente glucosa o maltosa.

El producto de la digestión de los azúcares y amiláceos es absorvido exclusivamente por la porta y llevado al hígado. Una vez allí a donde llega casi siempre en estado de glucosa, es transformado gracias a un proceso de desidratación y polimerización en GLUCO GENO, sustancia de constitución análoga al almidón por cuyo motivo se le ha llamado almidón animal.

Este glucogeno bajo las demandas de la economía unas veces y por acción de la influencia de otras glándulas, es transformado nuevamente en GLUCOSA y en tal forma es vertido al torrente circulatorio. Detengámonos un momento a reflexionar sobre ese hecho tan extraordinario. Fijémosnos como la glucosa es precipitada por la acción del hígado en forma de almidón insoluble. Fijémosnos en el papel del almacén al por mayor, que similmente podemos reconocer al hígado. ¡Cuánta luz nos arrojan estos hechos sobre la patogenia de los procesos morboss que luego han de ocuparnos!

Vertida al torrente circulatorio la cantidad de glucosa que debe circular la vemos llegar al sistema muscular y ahí de nuevo sufre en parte nueva transformación en glucogeno que el músculo reserva para los momentos de sus activas funciones.

Los leucocitos o glóbulos blancos contienen también glucogeno, y modernos estudios de Levene y M. Meyer han demostrado la propiedead que tienen los glóbulos blancos de intervenir en la glicolisis convirtiendo la glucosa en ácido láctico.

Como vemos la Naturaleza ha provisto la regulación de la producción y consumo de laglucosa; pero el mecanismo no es tan sencillo como acabo de exponer, sino que poco a poco se van descubriendo acciones o influencias de otros órganos a más del hígado y tejido muscular, que intervienen de un modo indudable en la regulación de estas funciones. Tales órganos son El Páncreas, El Tiróides, La Hipófisis, las glándulas Suprarenales y por encima de todos el sistema nervioso.

Esos órganos influyen ya a favor de la producción ya a favor del consumo ya en contra de ambos procesos. Hemos de estudiar pues ligeramente.

(A) Influencias que favorecen la producción del azúcar.

(B) Influencias que perturban la formación del azúcar.

(C) Influencias que favorecen el consumo del azúcar.

(D) Influencias que retardan el consumo del azúcar.

(A) Ya hemos visto la influencia directa que la exagerada ingestión de materiales azucarados representaba en nuestra economía. Pero aquí he de anotar que ese límite de tolerancia del organismo, antes de caer en la hiperglicemia, es muy variable según el individuo, edad, sexo, profesión, latitud en que habita y más variable aún según la calidad de la materia azucarada inge-

rida? Así vemos que la levulosa no produce hiperglicemia porque no excita la función glicogénica del hígado pasando directamente a la sangre donde es quemada con gran rápidez sin provocar glicosuria o levosuria mejor dicho, más que excepcionalmente, vemos también que los azúcares compuestos, especialmente el de caña, son por su procedencia muy irritantes para el hígado y excitan su función glucogénica. Sea como quiera, el primer cuidado del clínico es estudiar en su enfermo cuál es el límite de tolerancia de los azúcares y féculas. Para ello lo someterá a una dieta exenta de hidratos de Carbono y luego administrará éstos a dosis crecientes y conocidas hasta provocar la glicosuria alimenticia. Bouchardat ha instituído una pauta que puede ser seguida. Su régimen de prueba se compone de carne, jamón, legumbres verdes, mantequilla, huevos, té, queso y pescados. Luego administra 125 gramos de patatas y 50 de lentejas, que equivale cada sustancia a 25 gramos de hidratos de Carbono y así progresivamente llega al límite de tolerancia buscado.

Para el azúcar de caña este límite, es en el individuo sano, de 250 a 300 gramos y en el enfermo es muy variable. Tenemos en estos hechos el primer dato para explicarnos la patogenia de ciertas hiperglicemias y glicosuria consecutiva.

(a) La glándula tiroides ejerce una acción directa sobre la glucogenesis excitándola. Para Max Norden esta influencia sería indirecta, pues se ejercería por intermedio del Páncreas. Al efecto supone que la secreción del tiroides paraliza la acción inhibidora que de antiguo se le ha reconocido al Páncreas sobre el poder glucogénico del Hígado. No parece cierto que esta acción del Tiroides sea indirecta. Los hechos siguientes hacen creer que su acción es directa sobre el parenquima hepático. En efecto, cuanto se administra tiróides o tiroidina, hay glicosuria ciertamente; pero junto a ella hay una gran producción de úrea. Ahora precisamente tengo en tratamiento tiróideo a una señora que bajo su acción está eliminando 7 gramos de azúcar y 32 gramos de úrea.

Nadie ha demostrado ni pensado que el Páncreas pueda tener una acción uropoyética y por tanto parece natural que la acción del tiroides se ejerza directamente sobre el hígado, tanto para la úrea como para la glucosa. Además, Mad Pardhom acaba de demostrar en 1913 que bajo la acción del tiróides el glucógeno desaparece por completo del hígado de los conejos no disminuyendo el glucógeno muscular. Este hecho unido al anterior sienta la doctrina de que la acción del tiroides es sobre la glucogenesis hepática y no sobre la glucolisis y luego que su acción es directa sobre el hígado y no por intermedio del Páncreas.

Tenemos pues dos mecanismos conocidos que intervienen en el aumento del azúcar de la sangre con glicosuria consecutiva; la acción de los alimentos azucarados y amiláceos y la acción del tiróides y ambos procesos tienen al hígado como laboratorio.

(b) AGENTES que DISMINUYEN LA GLIOGENESIS: Acción del Pancreas. Dicha glándula, por medio de una sustancia de secreción interna ejerce una acción sobre la glicogenesis retardándola o inhibiéndola. Algunos autores creen que la acción del Pancreas se ejerce también sobre la Glicolisis retardándola. De la acción conjunta de ambos fenómenos, resultaría la Hiperglicemia.

La ablación experimental del Páncreas produce hiperglicemia intensa. Pero basta conservar una pequeña porción de la glándula y aún más, ingertar en el perítoneo una porción de la misma, para que la hiperglicemia no se presente.

La hiperglicemia pancrática produce un cuadro sintomatológico casi idéntico a una forma clínica de hiperglicemia que se ha conocido hasta ahora con el nombre de Diabetes pancrática. Sin embargo las autopsias verificadas en individuos que presentaban ese síndrome, no siempre han demostrado que el Páncreas estuviese alterado ni en poco ni en mucho. Labbe ha presentado 17 casos de diabetes clínica sin lesiones pancráticas. Otros autores tienen también casos de este género.

Von Hanseman ha estudiado profundamente esta cuestión y expone las siguientes conclusiones:

Hay un primer grupo de lesiones que solo producen diabetes cuando se ha destruído una gran parte de la glándula. Tal ocurre en la Polisarcia pancrática; en la inflamación con cicatrices fibrosas extensas; en la arterioesclorosis del páncreas; en el cáncer secundario donde parece que el páncreas es sorprendido por toxinas sin darle tiempo a la defensa, como ocurre en el cáncer primitivo y por último en la pancreatitis hemorrágica aguda donde a veces la muerte es tan rápida que no dá tiempo a instituirse la Hiperglicemia.

Hay un segundo grupo de lesiones que producen glicosuria desde el principio, sobresaliendo entre ellas la atrofía granular con proliferación conjuntiva. Cree Hanseman que los islotes de Langherans no intervienen aisladamente en la producción de la Hiperglicemia.

Vemos pues que la acción del Páncreas no es patente en todos los casos de Hiperglicemia, pero que su intervención en otros casos está fuera de dudas. Esta intervención como decía, es dificultando la glucogenesis y tal parece confirmarlo el siguiente experimento de Chaveua y Kauffman: Después de la ablación del Páncreas, la sangre del sistema arterial contiene más azúcar que la del sistema venoso. Luego es, por que la falta de la sección interna del páncreas se ejerce en un sitio especial y no en la economía entera y ese sitio tiene que ser el hígado. En efecto; a las ranas a quienes se les extirpa el páncreas y el hígado no se presenta la glicosuria. Hay otro hecho demostrado por Montouri y Kauffman y es que mezclando fragmentos de hígado de un animal sacrificado recientemente (en cuyo caso rápidamente se forma azúcar en dicha glándula), con fragmentos de páncreas, la producción de azúcar queda dificultada en este caso comparándola con la producción de azúcar de otros fragmentos no mezclados con pedazos de páncreas. Por último cuando por efecto de la muerte deja de tener acción el páncreas sobre el hígado, la glicogenensis, norma corriente en este cosa, no se perturba. Pero Gley y Montouri han hecho otro experimento decisivo: si después de ligado el páncreas y comprobada la híperglicemia consecutiva se inyecta en la porta extracto pancreático, la hiperglicemia disminuye.

Parece pues que hay varios hechos acordes para creer que la acción del páncreas es inhibiendo o regulando la función glucogénica del Hígado.

(c) Acciones que DIFICULTAN LA GLICOLISIS: Aquí señores nos encontramos con la acción de dos glándulas de secreción interna. LAS SUPRARENALES y la HIPOFISIS. Para Max Norden las su-

prarenales actuarían directamente sobre el hígado exaltando la Glucogenia y dice que esta potencia exaltadora la recibe del sistema nervioso donde vamos a ver centros de Glucogenia. Esta concepción del notable diabetólogo parece teórica, pues los hechos experimentales parecen demostrar que es sobre la glicolisis y fuera de la acción del Hígado.

En efecto; Achard y Desbouis han demostrado en los perros y en el hombre que el cociente respiratorio aumentado cuando se inyectaba glucosa en la sangre hasta el límite de tolerancia (6 gramos) sin presentarse glicosuria, disminuía y se presentaba glicosuria tan pronto como se inyectaba adrenalina. Esta hiperglicemia adrenalínica ha sido también estudiada por mi anterior colaborador Bierry y Lucia Fandard. Vieron que era cierta y que alcanzaba su máximun a las cuatro horas, acabando por desaparecer. Como Max Norden no cita hechos en favor de su teoría y esta se haya contradicha por los experimentos de Achard que acabo de exponer, cree que provisionalmente debemos admitir que la acción de la adrenalina es dificultando la glicolisis.

La acción de la HIPOFISIS es la menos clara pues solo se sabe que provoca glicosuria. Sin embargo Bardouin, ha hecho experimentos como el siguiente. Si se pone una inyección de extracto hipofisario y luego se dá glucosa, se presenta la Glucosuria; pero si primero se dá la glucosa y luego se inyecta el extracto, la glicosuria se escasa entonces. Eso parece probar que el extracto impide al hígado o mejor al organismo en general la fijación de la glucosa. Cuando el extracto va después, la glicosuria no se presenta porque el hígado ya ha fijado la glucosa en forma de glucógeno.

(d) Influencias que favorecen la glicolisis: Estas son de orden general y solo podemos comprender aquí al ejercicio muscular y la normal proporción en todos los órganos de las diastasas Glicolíticas. Estas diastasas se encuentran en los diversos órganos en relación inversa de la cantidad de glucogeno que contienen. Así vemos que mientras el hígado y los músculos contienen pocas diastasas; el pulmón y sobre todo el riñón, las tienen en abundancia.

Hasta ahora he supuesto que solo el hígado producía azúcar. Este no es así pues todo el organismo lo puede producir. Hasta las arterias y las venas por medio de su endotelio forman azúcar según acaba de decir Lepine hace dos meses en la Academia por boca de Armand Gautier. Es pues probable, que todo el organismo tenga más o menos Diastasas, que como sabemos son reversibles, esto es, que tanto sirven para producir glucógeno a expensas del azúcar, como azúcar a expensas del Glucógeno. Parece por último demostrado que son los Leucocitos los vectores de estas diastasas y hecho muy importante: que las sales minerales en especial la Sílice y la Potasa son las más a propósito para la normal actividad de la potencia glicolítica de esas diastasas.

(e) El sistema nervioso. Desde el experimento de la punción del cuarto ventrículo por Claudio Bernard se ha venido admitiendo un influjo nervioso en ciertas formas de glicosuria. Max Norden cree que ese influjo se ejerce por intermedio de las glándulas suprarenales, esto es, que la punción del centro nervioso activaría la función excitante de esas glándulas. Ya hemos dicho qué concepto debemos tener sobre la acción de las suprarenales y por tanto a qué orden podría pertenecer la acción del sistema nervioso. Sin embargo esta acción es

compleja y variable según el estímulo que la provoca. A veces son los traumatismos, las impresiones nerviosas fuertes; otras veces el excitante es una sustancia tóxica como la Floridzina, cloroformo, etc. sea cualquiera de ellas la hiperglicemia de origen nervioso considerando sanos los demás órganos es siempre pasajera y rara vez puede dar motivo a un síndrome morboso pertinaz. La existencia de centros de la Glicosuria debe admitirse porque está demostrada, pero solo escepcionalmente entraría su acción en los cuadros nosológica comunes.—Lo mismo digo del plexo celíaco—cuya extracción también provoca glicosuria.

TEORIAS: Ahora que tenemos refrescados en nuestra memoria los hechos mas importantes relacionados con la producción y consume del azúcar en nuestra economía, podemos entrar en el terreno de la clínica para sacar algún provecho de esta disertación. Todos los clínicos se ven forzados a admitir varias clases de Diabetes porque realmente, los enfermos glicosúricos se presentan en tipos distintos por su evolución y caracteres. Unos conservan su buen estado de nutrición por mucho tiempo, mientras otros enflaquecen rapidamente. Estos apenas son afectados por las medicaciones y régimenes dietéticos, mientras aquéllos obedecen con relativa rápidez a los agentes de curación. Otros casos han sido intermitentes oscilando las épocas de gran glicosuria con otras de disminución o ausencia de la misma. Resumiendo; los tipos clínicos han tenido que establecerse fundados en la evolución y así vemos que casi todos los autores admiten la DIABETES ARTRITICA, LA DIABETES PANCREATICA o MAGRA y algunos una DIABETES NERVIOSA TRANSITORIA. Pero al llegar al punto culminante o sea a la patogenia y etiología del trastorno a fin de tomar luz para la Terapéutica, se entra de lleno en confusiones. Preséntanse las teorías; pero dominando al fin una idea general de que cada HIPERGLICEMICO ES UN CASO ESPECIAL. Esto no debe ser así. Debemos tener fé en los descubrimientos científicos y en la observación clínica, los cuales han de conducirnos un día u otro, a la diferenciación necesaria de las Hiperglicemias, como lo ha venido haciendo con otros síndromes, tan generales y oscuros en los principios de la ciencia médica, como son la Fiebre y la albuminuria. Ello no empece para que someramente yo exponga dos teorías que nos intresan grandemente por explicar bastante bien los casos que solemos ver aquí y que preventivamente los he denominado de HIPERGLICEMIA TROPICAL.

Teoría de Max Norden. Max Norden es uno de los diabetológos más autorizados de nuestros días. Según él, en la diabetes todo el trastorno está en el hígado.

Esta glándula sería el principal foco de la glucogenesis y esta función glucogénica sería exaltada por el funcionamiento de las glándulas suprarrenales y del tiróides, para tiroides e Hipofisis y sería retardada por la acción del Páncreas. Sin embargo, dá una gran importancia al régimen alimenticio creyendo que los azúcares, los amiláceos y los protéicos excitan la formación del azúcar en el Hígado, donde gráficamente, dice que existe el aparato formador del azúcar. Dicho autor ha preconizado el empleo de la Avena para el tratamiento de la Diabete por creer que aunque materia amilácea, es la que menos excita al aparato formador del azúcar. Como pronto se darán cuenta, tal teoría deja las cosas tal como estaban aparte de que su exclusivismo solo expli-

caría ciertas Hiperglicemias nada más. No obstante para nosotros tiene cierto interés, pues nos explicará parte de la patogenia de estas Glicosurias tan frecuentes aquí.

Al lado de esa teoría de localización, existe la teoría del Artritismo considerando a la diabetes como un trastorno del catabolismo orgánico. Este trastorno sería producido según Veillard, por la intoxicación del organismo merced a la ingestión de cantidades repetidas de alcohol, de azúcar y de materiales fuertemente azoados. Todas estas sustancias tienden según Viellard a transformar la reacción del suero de la sangre, de alcalino en ácido, bien porque no lleven consigo la cantidad necesaria de sales, en particular la sílice y la potasa que forman parte de las diastasas glicolíticas, bien porque dén simultáneamente origen a productos ácidos que dificultan la acción de estas diastasas.

Ambas teorías como véis son distintas. La primera tiende a localizar la afección del sitio del trastorno hiperglicémico: la segunda al contrario, considera la hiperglicemia como un fenómeno de índole general. Ni el uno ni el otro creen en la acción del páncreas para explicarse la patogenia de las diabetes corrientes.

DISCUSION: NUESTRAS HIPERGLICEMIS SON MIXTAS.

Llego a la última parte de mi trabajo. Después de lo expuesto estamos en condiciones de hacer un poco de luz en esta materia. Nosotros no podemos negar que existan formas de hiperglicemia que tengan por origen lesiones o degeneraciones de las glándulas de secreción interna, que como hemos visto, intervienen en el mantenimiento de los fenómenos normales de glucogenesis y glucolisis. Así es que debemos admitir que en clínica, pueden presentarse las condiciones que en el Laboratorio dan por resultado la producción de la hiperglicemia. Pero en el Laboratorio se nos a de hacer difícil reunir ciertas condiciones que encontramos con facilidad en la clínica. En esta nos encontramos con hombres enfermos cuyos individuos empiezan por estar sometidos a condiciones de herencia que obligan a responder de un modo especial a las excitaciones de los agentes.

Tenemos luego el factor tiempo, donde han de evolucionar los fenómenos; tenemos por último el factor alimentación mixta variada y persistente que ejerce un factor preponderante en los fenómenos de la nutrición. Con ello quiere decir, que en este caso debe ser la clínica la que debe guiar en busca de la verdad sin que ello objete que el Laboratorio la ayude sencillamente en lo que aquella le ordene. Debemos pues estudiar más ampliamente al enfermo y fijarnos en todos los caracteres de su afección. ¿Lo que orina, es realmente Glucosa? ¿Esta Glucosaria es continua intermitente o ritmada? ¿El enfermo tiene entre sus antecesores algún glicosúrico, eczematoso o forunculoso en los cuales se ignorase la Glicosuria? ¿El enfermo está hoy día sometido a una dieta tóxica donde el alcohol tabaco, azúcar, mieles, jarabes y carnes tienen un papel preponderante? ¿El enfermo produce menos o igual cantidad de azúcar según lo sometamos al régimen de Bouchardat o cualquier otro sin hidratos de cárbono, o bajo un régimen de hidrocarbonados previamente tasados? ¿Cómo está la función uropoyética de este enfermo? ¿Hay caso acetonemia o acetonuria o diacetonuria?

El clínico debe también anotar otros ca-

racteres que pueden presentar los Hiperglicémicos como son, los cambios en la presión arterial por medio del Oscilómetro de Panchón y sobre todo el estudio de los cambios respiratorios, sobre todo después de someter al enfermo a dietas especiales.

Ved señores cuán sagaz debe ser el médico en los casos difíciles. Afortunadamente en los casos corrientes, bastará contestar a las preguntas anteriormente formuladas para caer en la naturaleza y patogenia del trastorno Hiperglicémico de nuestros habituales pacientes.

No cabe ningún género de duda, que las hiperglicemias que encontramos todos los días aquí no obedecen a lesiones profundas de ningún órgano. Son más bien estados hiperglicémicos hijos de un mal régimen dietético y de un funcionalismo anormal de la glándula hepática. No porque creamos que el Hígado es el único aparato formador del azúcar, pero sí que siendo el más importante, es natural que su mal función, proporcione la mayor alteración visible en el proceso que nos ocupa.

Debemos pues aceptar que los casos de hiperglicemia habituales, reconocen por causa la intoxicación y como secuela, una perturbación de la glucogenesis hepática. La intoxicación tiende a perturbar la glicolisis. La alteración de la glucogenesis hepática se explica por ser el hígado el primer órgano que recibe el influjo de la materia tóxica. Hay enfermos en las cuales el trastorno hepático consiste en la falta de fijación de la glucosa absorbida y por tanto el producto de la digestión de los azúcares y amiláceos pasa directamente al torrente circulatorio. En otros casos el hígado fija bien la glucosa proveniente del intestino; pero el proceso de hidratación del glucógeno es exagerado y produciéndose más azúcar del que la organización reclama, se establece la hiperglicemia.

La presdisposición individual variable, hace que unas veces el azúcar excedente sea quemado y otras veces no. En ello influye la herencia y los habitos higiénicos del individuo. Pero más que nada influye en gran manera la intoxicación que resulta de la ingestión de otras materiales como los protéicos exagerados. Para Veillard tiene una gran importancia que el régimen alimenticio contenga sales metálicas de potasa y sílice especialmente para favorecer la glicolisis y evitar al mismo tiempo la acidez excesiva de la sangre. Cree que en el régimen cárneo, abunda demasiado el ácido fosfórico y el sulfúrico lo que acidifica el suero, impidiendo la acción de las diastasas glucolíticas que para él son seres vivos. Realmente la experiencia parece demostrar la gran eficacia de los alimentos que contengan potasa y sílice. El régimen de Mossé por la patata, equivaldría a un régimen por la potasa y el régimen de Max Norden con la avena, equivale a un régimen por la sílice. En efecto la patata contiene en cien gramos de Cenizas 51, 50 de potasa y 5,6 de silice. La avena contiene 12,9 de potasa y 53,3 de sílice. Indudablemente que ante esas cifras no podemos dudar de la acción eficaz de aquellas sustancias que contengan alcalis asimilables. Tanto Max Norden como Veillard están contestes en considerar al azúcar refinado y sus aplicaciones como un verdadero tóxico para nuestra economía y especialmente para el glicosúrico.

Como secuela de cuanto dejo dicho, yo invito a reglamentar en lo sucesivo los datos que puedan proporcionarnos nuestros Glicosúricos especialmente contestando a las preguntas que formulé más arriba. Hay que

insistir sobre todo en administrar las comidas de prueba no con amiláceos vulgares solamente, sino con esos amiláceos que como la patata y la avena contienen sales de potasa y sílice en cantidad notable. También hemos de experimentar la acción de la glucosa en sustancia, de la que debemos administrar 5 o 6 gramos por dos o tres días consecutivos sin variar la alimentación habitual cuyo valor amiláceo debe conocerse.

Réstanme pocas palabras. El apellido tropical he de justificarlo, porque hay en las condiciones climatológicas y hábitos alimenticios de los trópicos, condiciones abonadas para el desarrollo de la Hiperglicemia. Por eso tiene un intéres especial para nosotros; porque, hemos de intervenir a menudo en los procedimientos dietéticos, sobre todo de nuestra clientela.

Con todo, el trastorno hiperglicémico es casi siempre dominado. Hay algunos preparados que ejercen una acción indudable. Aún sin modificar el Régimen alimenticio ciertas preparaciones tienen una acción beneficiosa. El vino de Pesqui y la Mixtura Martín on entre ellos los más usados y los los más útiles. Hay que atribuir su acción al Nitrato de Urano que entra en su composición (la Mixtura parece contenerlo) y ya sabemos que ese cuerpo tiene un poder moderador directo sobre la función glucogénica del hígado. Por otro parte su gran afinidad para el ácido fósforico tan nocivo en los Hiperglicémicos podría contribuir a su buen efecto. El arsénico por el contrario es el gran activador de la glicolisis y sobre todo puede sustituir al ácido nucleínico de los leucocitos cuyo podel glicólico está fuera de duda. La santonina y la ántipirina son moderadores.

Mi objeto no ha sido hacer un estudio clínico de la diabetes. Ha sido más que nada, la exposición de los agentes de lá Híperglicemia para ilustrarnos un poco en la patogenia de las Glicosurias tan frecuentes en nuestro país.

Hecho eso, queda una amplia vía de observación y experimentación clínica y de Laboratorio, para que en Memorias sucesivas podamos con el concurso de las observaciones de los demás compañeros, establecer de un modo definitivo la patología y Terapéutica preventiva y medicamentosa de la Hiperclicemia tropical.

NOTA:—"Dos días más tarde a la celebración de la Asamblea, llegó a mis manos la obra de F. M. Pavy, de cuya teoría, sólo había tenido hasta entonces noticias imperfectas. La obra de Pavy, dada su importancia y originalidad, ha de merecer un estudio especial que concretaré en un próximo artículo". (DR. SALAZAR.
Ponce, 31, Dic. 1913.

NOTAS VARIAS.

"DIABETES Y GESTACION".

Mr. Fruhinsholz presenta á la Sociedad de Medicina de Nancy tres observaciones de mujeres que padecían diabetes durante su estado de gestación.

Para dicho médico, presentan nuevas analogías los efectos de la sífilis con los que tiene la diabetes sobre el embarazo.

En los diabéticos lo mismo que en los sifilíticos, muere la criatura, sea en el curso de la vida intra uterina, sea después durante el parto, sea después de unas horas de vida; la diabetes lo mismo que la sífilis engendra la inaptitud para vivir.

Cuando en una familia se vean las criaturas morir por serie en el curso de

la vida intra uterina, más bien casi en el término del embarazo, se deberán buscar en la madre, *no* solamente la *sífilis*, sino también la *diabetes*.

Hay una diferencia esencial entre la sífilis y la diabetes desde el punto de vista del resultado del tratamiento sobre lav ida de la criatura. En el caso de sífilis tiene el tratamiento de la madre, los mejores efectos sobre la vida de la criatura. Por el contrario en los diabéticos, el tratamiento, por muy bien que esté aplicado, no tiene ninguna acción sobre el feto, el cual muere casi siempre.

En las diabéticas, el tratamiento debe limitarse á la profilaxis. Es menester disuadirlas completamente del embarazo, pues, la mujer diabética, corre mucho riesgo de no tener ninguna criatura que pueda vivir, y, además, el embarazo la expone á una exacerbación de su enfermedad.''

''A. Fruhinsholz, Sociedad de Medicina de Nancy.''

¿Me conocéis?—Yo soy el príncipe de todas las alegrías, el compañero de todos los goces mundanos, el mensajero de la muerte, el príncipe que gobierna el mundo.—Yo estoy presente en todas las ceremonias y ninguna reunión tiene lugar sin mi presencia.—Yo fabrico los adulterios, hago nacer en el corazón los pensamientos criminales, mancho los hogares, soy padre de los hijos sin padre, enveneno la raza, traigo el envilecimiento, la depravación, los suicidios, la locura, el crímen en las formas imaginables.—Yo acabo con las familias, persigo á los abuelos en los nietos, hago perder la vergüenza, la dignidad, el honor, la buena educación.—Yo pongo un velo sobre los ojos, sobre la conciencia y hago parecer el crimen como venganza, la abyección como pasatiempo, la inmoralidad como entretenimiento, el adulterio como conquista galante.—He ganado más victorias que Alejandro, he uncido más pueblos a mi carro que Roma, he asaltado más pueblos que Atila.—También hago que los maridos se rían de la infidelidad de la esposa agena—,trabajando ¡necios! por la ruina de su propia esposa; por mi causa los jóvenes y viejos se divierten haciendo epígramas contra la moral y la religión.—Hago los diputados obteniéndoles votos para que hagan leyes que aumenten mi reino, que es de toda la tierra.—Aspiro a convertir el mundo en un hospital, en un manicomio, en circo donde estén encerrados tigres, asnos, puercos, halcones y buitres; quiero sangre, desolación, ruínas, liviandades, rencores, guerras, desesperación y blasfemia.—Nasco en todas partes: conozco las frías regiones de Laponia y Siberia, las ardorosas de Egipto e Italia: yo tengo origen en el trigo, el arroz, el maíz, la cebada, el jugo de la uva,, la vid, la leche de yegua; mi patria es la tierra, mis esclavos, los hombres; el que me envía, el príncipe del Mal..—Sé que me conocéis: pero, no queréis nombrarme, porque todavía os resta el pudor de los nombres, ya que habéis perdido el de los hechos.—También soy vuestro Rey.

Yo soy... ''EL ALCOHOL''...

Catulle MENDES.

De la ''Revista Vegetariana'' No. LV. Año V.

Barcelona, Septiembre, 1913.

INFECCIONES Y CEREBROPATEAS.

Las infecciones en los primeros años de la infancia, y especialmente las inflamaciones del sistema gastro intestinal, como resultado de la mala digestión, son los factores más importantes en determinar la mayoría de esas cerebropatías que en los diferentes estados de idiotas, imbéciles y epilépticos, invaden nuestros asilos y son un verdadero drenage a la economía del país.

"HERENCIA DE LOS CARACTERES MENTALES".

Dr. T. B. Hyslop.

Por lo que de esto sabemos y por la experiencia, Hyslop cree poder hacer las siguientes aseveraciones. Hay ciertas aptitudes fundamentales de la mente, las cuales no pueden demostrarse que sean el resultado de una experiencia hereditaria, ni representan ellas necesariamente adquisiciones hechas en la vida histórica de la raza. Estas aptitudes ni son enteramente dependientes del medio que actúa sobre la inteligencia en un período temprano de la vida, por conducto de los nervios. Las condiciones de tales desarrollos mentales no siguen invariablemente lo que nos imaginamos ser las leyes propias del desarrollo orgánico y nervioso. El genio aunque invariablemente asociado con, o sintomáticamente de un proceso neuropático, está indudablemente, a menudo estrechamente aliado a la diátesis neuropática, según ha sido evidenciado en las historias de los pasados y presentes genios. Antes al contrario de ser el resultado de una ejecutoria progresiva del intelecto, son formas de genios que más acertadamente podrían clasificarse con los degenerados, que con los sanos".

Traducido del "Journal of State Medicine, London.

(*December, xxi, No.* 12,*pps* 705-768).

"LA OBESIDAD EN LOS NIÑOS".

G. Mouriquand.

"G. Mouriquand discute la patología, sintomatología y el tratamiento de la obesidad patológica en los niños. Asociado con el desarrollo excesivo de la gordura, existe atrofia de las glándulas reproductivas. Un punto de interés es el grado extremo de tolerancia por los carbohidratos, y el hecho de que estos pacientes son frencuentemente los hijos de padres diabéticos. Ellos están expuestos a volverse diabéticos, más tarde en la vida, y la tolerancia de los carbohidratos debería ser muy cuidadosamente observada. Se está de acuerdo en general, que ésta condición es causada primeramente por la función disminuída del lóbulo posterior de la hipófisis; pero otras glándulas están indudablemente envueltas en su producción. Esa condición puede estar sujeta a tratamiento quirúrgico si la afeción de la hipófisis es debida a tumores o quistes. En teoría debería ser curado por extractos de la hipófisis; pero en la práctica, los resultados de este tratamiento son variables, siendo mejores cuando se dá el extracto fuera de la glándula. Dos niños fueron tratados por Weill, comprimiendo las venas de la cuerda espermática con un suspensorio de almohadilla en cada lado. Esta auto-órgano-terapia causó un aumento congestivo en el ta-

maño de los testículos, y esto fué seguido de un mejoramiento decidido en la obesidad".

Traducido del "Lyon Médical", Lyon, (Francia).

(*Deciembre* 7, *No.* 49, *pps* 941-996).

"EL REUMATISMO TUBERCULOSO".

U. Raw, M. D.

"U. Raw da cuenta de un caso de "Reumatismo Tuberculoso", aparente que ocurrió en una joven de 19 años, de padres saludables. El exámen del fluído de las articulaciones reveló un exceso de limfocitos que seguramente estaban en favor de la tuberculosis, como opuesta a la polimorfonuclear leucocitosis, que ocurre en el verdadero reumatismo. U. Raw solamente ha visto tres casos de esta especie rara. El primero fué en Washington, D. C., en 1908 y ocurrió en un niño de 14 años, quien sufría tuberculosis de las glándulas del cuello, con pseudoreumatismo en ambas muñecas y manos. El vió el segundo caso en Berlín, en 1913, en el Hospital "Rudolph Virchow" y ocurrió en una niña de 17 años que sufría tuberculosis de las glándulas del cuello y lupus. Es interesante notar que estos tres casos eran todos secundarios a un foco tuberculoso en las glándulas del cuello, que es según la opinión de Raw, casi siempre causada por los bacilos bovinos y él no ha encontrado informe alguno de reumatismo tuberculoso que ocurra en el curso de la tuberculosis pulmonar. que no sea frecuentamente el resultado de infección por el bacilo humano. Parecería de esta manera, que el bacilo bovino, es más seguro que encuentre su paso hacia las coyunturas y también dentro de la circulación de la sangre, que el bacilo humano, que está en general limitado en su acción a los pulmones, laringe e intestinos".

Traducido de la "LANCET", January 3, 1914.

(*Diciembre* 18 *del* 1913.

"EL DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.

Dr. D. B. Lees.

La percusión precisa y cuidadosa, dice Lees, es de importancia primaria en el diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar temprana, tanto en el niño como en el adulto, la que es más capaz de denunciar la enfermedad en un período más temprano que cualquier otro método de investigación. Este es un método que no requiere aparatos costosos y complicados, que es independientes del laboratorio, y, solamente demanda cuidado y seguridad por parte del doctor. Cuando el práctico en medicina general haya hecho todo de lo que para él es posible en diagnósticos por medio de la percusión y auscultación, y determine su tratamiento por él conocimiento que así adquiera, fácilmente la extinción final de la enfermedad llamada Tisis Pulmonar, será una posibilidad."

Traducido del "British Journal of Children Dis."

(*December* 10, *No.* 120, *pps* 529-596).

"CURA DE UN CASO DE MENINGITIS PNEUMOCOCICA POR ETHYLHYDROCUPREINA".

"Wolff y Lehmann han trifado con la ayuda de este sintético, preparado originalmente con la intención de antagonizar al

pneumococo en donde quiera que fuese encontrado, curando un caso de Meningitis causado por éste último párasito. El paciente era un niño de pecho, y la droga le fué inyectada directamente dentro de la espina dorsal y de los ventrículos cerebrales. Antes de que el probara el nuevo remedio. ya se le habían administrado sólidas dósis de urotropona, de suero pneumococo en la espina dorsal. El vómito meningogénico fué indirectamente responsable del tratamiento heríoco, pues las drogas habían sido vomitadas. Las venas también eran muy pequeñas para aplicaciones intravenosos. La última aplicación casi sin esperanza de mejoramiento, de los medios ordinarios, nos decidió a la punctura ventricular, además de las inyecciones del espinazo. Los autores darán cuenta del caso con más amplios detalles".

Traducido de la "Deutsche Medizinische Wochenschrift".

(*December*, 18, 1913).

SOCIAL.

BANQUETE EN LA Y. M. C. A.

En el primer banquete anual del Departamento Físico del Y. M. C. A. celebrado el 16 del presente mes, entre otros oradores hizo uso de la palabra, el Dr. B. K. Ashford.

El banquete fué dado en honor del "team" vencedor en el "Volley-Ball Contest", y el Dr. Ashford aprovechó la oportunidad para hablar de la importancia de la profesión médica en nuestros días: de cuán gran papel había jugado en la apertura del Canal de Panamá y del interés científico que están despertando los Trópicos, en donde, dijo el Dr. Ashford, no hay razón, después de un buen trabajo sanitario, para que el hombre no pueda vivir y desarrollar sus actividades, como en cualquiera parte del globo.

El orador fué muy merecidamente aplaudido.

Nosotros participamos de la opinión del Dr. Ashford y nos hemos congratulado de oirle y de estar presentes en la reunión del Y. M. C. A., a la que asistieron muchos hombres prominentes de San Juan, y en donde se pronunciaron muy buenos brindis por los señores Sánchez Morales, F. B. Tibbitts, U. Amy, Teele, Antonsanti, George F. Tibbitts y los alumnos graduados de la clase, señores González, Soto y Fernández y su muy popular profesor Sr. A. T. Grimm.

NECROLOGIA.

Ha fallecido en Mayagüez el doctor Eurípides López Quiñones, Oficial de Sanidad de aquella población. El doctor López fué graduado en la Universidad de Bruselas en 22 de Julio de 1879 y rivalidado en San Juan de Puerto Rico en 9 de Julio de 1880. Trasladóse luego a Madrid; y ejerció en la capital de España, previa autorización que le fué concedida el 9 de Julio de 1884. De nuevo retornó a Puerto Rico y fué autorizado para ejercer en 19 de Diciembre de 1899.

Ha sido una pérdida para la sociedad y para la profesión.

AÑO X FEBRERO 1914. No. 95.

Boletín de la Asociación Médica

DE

PUERTO RICO.



ORGANO OFICIAL.

PUBLICACION MENSUAL.

SUMARIO



LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL EDITOR.

De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica·

Redacción: Luna 41. Box 1306. San Juan, Puerto R.co.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO X. FEBRERO 1914. NUMERO 95.

"EUGENICA."

POR EL DR. FRANCISCO DEL VALLE ATILES.

Desde el año atrasado en que tuvo lugar en Londres el primer Congreso Internacional de Eugénica hasta la fecha, la ciencia creada por Galton ha ido ganando prosélitos y admiradores en tal proporción, que en los momentos actuales se admite que el pensamiento colectivo, la inteligencia social de los pueblos avanzados en el camino de la civilización, está interesado como nunca lo estuvo antes, en el futuro y el bien de las generaciones venideras. Tal fenómeno, del cual es una entre otras la Conferencia para el mejoramiento de la Raza, que acaba de tener lugar en Battle Creek, Mich. sólo se puede justificar por la virtualidad misma del asunto.

Es que la Eugénica, al estudiar el factor herencia, esa casi misteriosa relación genesica entre generaciones sucesivas, ha abierto nuevos puntos de vista a la Sociología y a la Medicina preventiva.

Una ciencia cuyo objeto es "el estudio de las causas susceptibles de modificar las cualidades físicas o mentales de la raza de las generaciones futuras", tiene en sí misma, tanto para el Médico como para el Sociólogo, suficiente eficacia para abrirse paso en el mundo civilizado y llamar la atención cuidadosa de los estudiantes de Sociología, Más ante el Médico la Eugénica al estudiar las leyes de la herencia, y fijar el papel de la unidad carácter y de su determinante, investigar la embriología de las células, gérmen y esperma, y su respectiva influencia en la reprodución sexual, descubrir la importancia de los cromosomos y otros hechos interesantísimos, le guía por mejor camino para explicar la trasmisión hereditaria de las enfermedades y le prepara convenientemente para prevenirlas.

Presidió el Congreso a que nos referimos, Sir Leonard Darwin, hijo del ilustre Darwin. Todas las grandes naciones enviaron su representación q. se componía de médicos, naturalistas, fisiólogos, sociólogos, abogados, políticos, en una palabra, estuvieron allí representadas todas las clases intelectuales.

La obra científica de la Eugénica descansa sobre el estudio de la trasmisión hereditaria y las leyes comprobadas en muchas especies animales y vegetales, tanto en lo que dice relación con numerosos caracteres fisiológicos, cuanto patológicos y teralógicos.

De aquí a deducir que la ley de la herencia acaso debía cumplirse en el hombre lo mismo que en los demás seres vivos, el paso era lógico, y el paso se ha dado resultando de esta aplicación de las leyes Mendelianas a la especia humana, la comprobación de la hipótesis y la exactitud de las leyes mismas.

Ahora bien, toda ciencia nueva tiene entusiastas que van radicalmente hasta las últimas consecuencias derivadas de su convencimiento. Ante el número creciente de seres deformes, de criminales, alienados y prostituídas, no pocos se muestran justamente alarmados, y ven comprometido el porvenir del país, de la raza y de la Sociedad. Y en esto tienen razón; el número grande de individuos que, aunque víctimas inconscientes, son incapaces para valerse a sí mismos pone en evidencia un estado de cosas incompatible con la civilización, a la que amenazan, y por tanto la consecuencia es emplear toda clase de medios para suprimir la causa que origina tan poco deseable situación.

Y ya en este terreno, surgen las tendencias radicales a que nos referíamos, y el deseo de ampararse en leyes que, inspiradas en la mejor intención, pueden, no obstante, ofrecer algún peligro.

La más radical de estas medidas es la esterilización de los criminales, locos, degenerados y defectivos. La operación en las manos del Dr. Sharp en el "Reformatorio", de Indiana, ha dado resultados satisfactorios en 456 casos, sin ningún síntoma desfavorable. Por lo demás, la operación es sencilla, en el hombre, no difícil en la mujer, carece de riesgos graves y bien hecha parece que no disminuya el poder sexual ni el organismo.

A pesar de todas estas circunstancias favorables, se teme que algunas medidas eugénicas puedan dar ocasión a abusos e injusticias por la dificultad, en ciertos casos, de apreciar de un modo exacto todas las circunstancias que las harían aceptables. Es un principio conservador que debe guiarnos siempre que tratemos de legislar en materias en la que las, costumbres, los prejuicios y otras circunstancias pueden aunarse para desvirtuar lo bueno que tenga una ley, cuando el radicalismo no se apoye en una razón incontrovertible.

Buscar en la legislación una panacea para curar males sociales es una tendencia muy común, pero algunas leyes que en este deseo se inspiran suelen estar en razón inversa de su acción drástica; cuanto más quieren remediar, menor suele ser su eficiencia.

Tomemos por ejemplo la prostitución. Los legisladores de todos los países que han creído poder suprimirla por medio de la ley, sólo han conseguido fracasos o aumentar el daño; especialmente, cuando han tomado medidas ejecutivas, el resultado ha sido empeorar la situación, como se ha visto recientemente en muchas ciudades de los Estados Unidos.

Y es que para ciertos males, la legislación es imponente por sí, si no está ayudada por otros factores. Una legislación no puede ser justa, si no se apoya en hechos aceptados definitivamente, y la ciencia Eugénica, no pretende tener aún resuelta todas las cuestiones que justificarían leyes radicales en asuntos tan delicados como es la cuestión de impedimentos matrimoniales, leyes que han de rozarse con la libertad personal al par que con la protección de la Sociedad y por lo tanto, exigen una cuidadosa investigación de los males, de los causantes y de los remedios.

En este particular somos conservadores hasta donde sea compatible con los intereses de la raza y de la civilización, más ante ellos es preciso posponer escrúpulos y prejuicios. En los Estados Unidos hay ya sobre diez y siete estados que tienen leyes basadas en la Eugénica; por desgracia estas leyes no están exentas de crítica en al-

gunas de sus partes. Como ejemplo de un conservatismo prudente, debe citarse a Massachussetts, cuya legislatura acaba de promulgar la siguiente ley:—"Resuelve que al Board de Sanidad del Estado y al Board del Estado para dementes, se les dá poder y se les ordena que juntos investiguen e informen a la Corte General ahora, o antes del segundo sábado de Enero próximo, cuáles otros impedimentos al matrimonio, si los hay, deberían ser reconocidos como ley en la comunidad. Si acuerdan hacer alguna recomendación, incluirán en el informe, modelos de proyectos de ley, convenientes, para que tengan efecto."

Así proceden los cuerpos legisladores cuando desean evitar equivocaciones en asuntos técnicos. El ejemplo de Massachussetts es digno de ser imitado. Antes de legislar se ha pedido su opinión a los que podían hablar competentemente en la materia. A los dos organismos que por su composición y por su índole, deben estar en mejores condiciones para informar.

Y seguramente ellos responderán, proponiendo lo más práctico y lo más ajustado al propósito, sin traspasar los límites de lo razonable, pero siempre teniendo por punto de mira, que la más segura protección que tenemos contra las enfermedades del cuerpo y del alma, es la que heredamos de nuestros antepasados. Los médicos estamos especialmente interesados en hacer conocer los hechos que la Eugénica ha comprobado con respecto a las consecuencias de que el protoplasma humano sea de buena calidad a fin de que educada la generación actual, en este conocimiento, y sometiendo por convicción su conducta a los hechos demostrados, la futura generación reciba los beneficios de una resistencia mayor para las enfermedades y el número de locos, criminales y defectivos disminuya, ya que no desaparezca en absoluto.

Ocupándose el Dr. Frank Wade Robertson del loco criminal, dice: "Hay aún otro propósito que cumple bien la retención de esta clase, en cuanto provee su custodia cuidadosa y los prive de privilegio de la procreación. Y a propósito de esto, creo útil llamar la atención de ustedes sobre los hechos más importantes que la investigación general y los recientes estudios específicos acerca de las familias de los delincuentes defectivos han traído a luz. Recordando que un gran percentaje de locos criminales demuestran en sus antecedentes padecer en grado vario de epilepsia, locura, criminalidad, o debilidad mental, pueden ustedes comprender fácilmente cuán importante es esta relación, cuando les diga que en un informe presentado en la última reunión de la "American Médico-Psychological Association", por un comité especial de Eugénica Aplicada, entre otras cosas, se afirma *que el concensus de opinión entre los pensadores científicos en Eugénica es que la debilidad mental es el resultado de un defecto heredado.*"

"Que se puede predecir con certeza la mejoría en muchos, pero su restauración en ninguno. Que sea el defecto recesivo o congénito, la huella de la debilidad mental es trasmitida con seguridad. Que el tipo de aumento por propagación es más rápido en ellos que en las personas normales, y que la clase de los defectivos es un cuerpo que se reproduce a sí mismo. Que la mujer de mentalidad-débil es como tres veces más propensa a desposarse que el hombre."

El trabajo de donde tomamos estos datos contiene otra porción de datos muy interesantes; los que hemos copiado bastan

para hacernos pensar cuán necesario es para las Sociedades todas, hallar el remedio para este mal que amenaza, por su extensión, hacer retroceder la cultura de los pueblos modernos.

Si en Puerto Rico, como parece, el número de criminales y de locos aumenta, el asunto bien merece la atención de los llamados a remediar el mal; y los médicos tenemos que alistarnos los primeros en las filas de los que han de combatirlo.

———OXO———

"LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA".

POR EL DR. ELMER FILS OTIS,
Peñuelas, Puerto Rico.

Esta Asociación de médicos y cirujanos tuvo su origen en el año 1847. Su constitución fué revisada en 1874. En el año 1901 la Sociedad entera fué reorganizada y puesta sobre su presente base de eficiencia y valimiento. Las manifestaciones de su actividad en varias líneas son una indicación de lo que podría emprenderse por las asociaciones de los estados y de los territorios.

Anteriormente se publicaban todas los trabajos en folletos; pero en 1883 apareció la primera edición del órgano especial de la Asociación. Actualmente se considera éste como el mejor de su índole en el mundo. El número de socios de la Asociación ha llegado a 37,913, de los cuales 6,051 ingresaron en el año pasado.

Los acuerdos de la Cámara y los programas de las Secciones Científicas de la Asamblea Anual efectuada en Minneapolis en Junio pasado pueden darnos la mejor idea del espíritu y designios de esta Asaciación.

La Cámara de Delegados:

La primer reunión de la Cámara fué celebrada en el Edificio de Ingeniería de la Universidad de Minnosota, y fue llamada al orden por el Presidente jubilado, Dr. Abraham Jacobi, de Nueva York. Luego de terminar las formalidades de costumbre el presidente pronunció el discurso anual.

Habló de los años ya pasados y de sus labores, y recomendó que se hiciera un simple cambio en la presentación y publicación de los trabajos científicos, y que los secretarios fueran nombrados por un término tan largo como fuera posible. El discurso del Presidente entrante, John A. Witherspoon, de Nashville, Tennessee, fué pronunciado en la apertura formal de la Asamblea y se titulaba, "Nuestro Problema de Salud Nacional." El mismo fué quien sometió la petición de nuestra Asociación Insular para ingresar como miembro componente de la Asociación Médica Americana.

La Junta de Administradores hizo su informe acerca de los trabajos comunes y especiales realizados por ellos. A ella se debió la rica exhibición en el Congreso de higiene y demografía en Washington. Esta que comprendía demostraciones sobre Salud pública y Sanidad, y trataba especialmente de "Medicinas Patentizadas", demostraba los peligros y la inutilidad de éstas preparaciones; le fué adjudicado un certificado de mérito de primera clase.

Por medio de la publicidad se ha logrado reducir estos negocios nefarios, asi como también otras formas de la charlatanería.

El Gobierno Británico ha pedido a

la Asociación que le provea del resultados de sus investigaciones para los Comités de su Parlamento. Similar peticiones también vino del Gobierno de la Unión del Sud Africa y del Estado de la Australia Occidental.

Como sabéis, el trabajo activo de la Asociación Médica Americana se ha continuado durante todo el año por la Junta de Administradores en unión de ciertos Consejos y de sus comités, atendiendo a la obra con esfuerzos especiales.

El Consejo de Salud e Instrucción Pública.

Sus trabajos durante el año pasado han consistido en establecer y administrar ciertas oficinas Prensa, Oradores Públicos, Literatura y Medicina Legal.

El trabajo de las "Conferencias Públicas" se lleva á todas partes en los Estados y aún a los Condados; por éste medio y con auxilio de ilustraciones apropiadas se hace una campaña educacional en los sitios que más prometen; en las escuelas, centros, asambleas públicas y ferias.

La oficina de Literatura Pública distribuye folletos sobre ciertos tópicos, tales como Inspección Médica en las Enfermedades Transmisibles, Higiene del sexo, Estadísticas Vitales y algunas otras cuestiones imoprtantes. Se publican cartas sobre higiene y Sanidad; también ha suplido porta-objetos para linternas a los conferencistas y a otros para el uso en sus estereoscópios.

La Oficina de Medicina Legal ha formulado modelos de leyes de Sanidad y ordenanzas para uso de los legisladores municipales, de estado y nacionales. Se estima que durante las sesiones de las legislaturas de los estados, solamente éste año pasado, se han introducido más de 800 proyectos de ley sobre Sanidad y otros asuntos relacionados con ella.

Consejo de Farmacia y Química.

Este consejo tiene a su disposición un laboratorio químico completamente equipado, en donde se hacen análisis de drogas y combinaciones sobre las cuales se desea información. Los resultados de éstas investigaciones se imprimen y se preparan en la forma de folletos y libros para distribución y para el trabajo de la campaña especial a que se refieran.

Se sabe que como resultado del trabajo de nuestro Consejo en Farmacia y Química ha sido creado un cuerpo semejante en Alemania. La Junta de Directores eligió al Profesor Huebner, miembro correspondiente del Consejo, por su influencia y sus trabajos para ayudar a obtener mejores condiciones de vida en el viejo mundo.

Consejo de Educación Médica:

Este es un interesante carácter distintivo de la A. M. A., y de de sus labores originales. Su fin es alentar la elevación y el mejoramiento de los colegios y escuelas médicas tanto como fuere posible. Al efecto, ve con simpatía el que los profesores dediquen todo su tiempo a la enseñanza, lo que se considera de gran importancia; aconseja la adopción inmediata del "año de internado" en hospitales, antes de conceder el grado de Doctor en Medicina. Aquellos que no quisieren prepararse

de este modo, solo obtendrían el grado del "Bachillerato".

El Consejo Judicial:

Durante el año pasado hubo un cambio enmendando la Constitución y el Reglamento para el uso del término "miembro", que fué retenido para aquellos que no deseaban contribuir a los gastos adicionales necesarios para ayudar a mantener el trabajo científico y las sesiones de la Asociación. Aquellos que deseaban tomar una parte más activa, se les confería el título honorífico de "Socio" o "Fellow."

Este Consejo recomendó muchísimo que la enseñanza de la Etica de la profesión médica y de las altas mejoras llevadas a cabo por el médico ideal, fueran dadas a los estudiantes de medicina durante sus estudios. antes de su graduación. Una copia de la "Etica de Medicina" en forma de folleto. ha sido distribuída a cada miembro de la A. M. A.

Al hablar del aspecto económico de la vida del médico y de los problemas hallados por éste a cada paso, se dijo: "El médico tiene que echarse a sí mismo la culpa por dejar de asignar a sus servicios un buen valor y por no exijir una justa recompensa por los mismos; pues por no colectar sus justos emulento, se encuentra con que sus servicios ni son apreciados ni recompensados. La mente humana aprecia la mayor parte de éstas cosas por el esfuerzo y por el valor dado a éste. Aprecia menos las cosas que recibe y no paga. En el servicio de un médico, la simpatía humana, la amistad bondadosa y firme, se pueden hacer compatibles con el valor del tiempo empleado y del conocimiento prestado.

La Sección Científica fué dividida en secciones, tanto por conveniencia, cuanto por eficiencia. Sus programas estaban llenos de interesantes asuntos coentíficos pero, por falta de espacio sólo podré realtar varios de los sujetos que fueron discutidos.

Hospitales:

Se consideraron todas las fases del trabajo de Hospital, su arquitectura y equipo; los de cuarentena; y los problemas de la crianza en los niños. La reunión acerca de las *Norses Disciplinadas,* resultó excelente.

Estomatología:

La relación de las enfermedades dentales con los desórdenes de la salud en general, fué uno de los tópicos tratados. El Dr. Thomas B. Hartzell de Minneapolis, dijo que una boca infectada podría dar lugar a que las bacterias penetraran en la linfa y en la corriente sanguinea; así como también a cambios sutiles en la química de la digestión y del metabolismo.

El Dr. Loeb, de San Luis, ha llegado en sus conocimientos de bacteriología a cierto punto que puede determinar la edad de los individuos por la diferencia hallada en las culturas de organismos de la boca, y se nos ocurre la idea de que tal conocimiento sería de gran valor para ayudar a compilar las estadísticas vitales de Puerto Rico. A menudo nos encontramos con una mujer que nos dice que tiene veinticinco años y va acompañada de una hija de diez y ocho años.

Laringología, Otología y Rinología:

La tuberculosis laríngea, la Sífilis del oido medio y otras causas de la Sordera, fueron ampliamente discutidas.

Oftalmía:

Como el Tracoma está afectando a los habitantes más pobres de América, fué plenamente discutida, esta enfermedad, así como también la ceguera y la ambliopia tóxica. El Dr. Mc Mulen, de Baltimore, Cirujano del Servicio de Sanidad Pública de los E. U., hizo las siguientes conclusiones: "El Tracoma es esencialmente una enfermedad crónica. La conjuntivitis folicular se asemeja a la forma granular de la enfermedad; simples remedios podrían curar la conjuntivitis aguda catarral, en un tiempo rozanoble; pero tales remedios en nada afectarán el tracoma."

Cirujía Ortopédica:

En esta sección había un programa muy interesante que incluía la cuestión de articulaciones infectadas; las tónsilas y dientes enfermos; operacio- Cirujía de los tendones en general. Se estudiaron la seda y otros materiales usados extensamente para tendones artificiales.

Enfermedades Nerviosas y Mentales:

Los temas dé varias comunicaciones presentados se referían a los desórdenes circulatorios del cerebro, a la neurastenia y a sus relaciones con la locura:

Patología y Fisiología:

Se discutieron cuestiones técnicas de gran interés. Entre ellas estaban la patología de la tuberculosis, de la diabetes y de la papera. Algunas consideraciones se hicieron acerca del estudio de la fisiología de todas las estructuras glandulares del cuerpo, en donde hay aun un gran campo abierto a la investigación.

Dermatología:

El Dr. Hazen, de Washington, D. C., relató un caso de la "Enfermedad de la Mancha Blanca", en una mujer procedente de Puerto iRco."

El Dr. Schaleck, de Omaha en su escrito sobre afecciones cutáneas de los niños sostuvo, que a un número de las erupciones cutáneas se debe a la porquería."

"La guerra contra la Sífilis como una Plaga a la luz de las últimas investigaciones", fué el título de un escrito oportuno por el Dr. Hoffmann de Bonn, (Aemania). Esta cuestión es la más vital en todo el mundo; y la enfermedad merece ser considerada con toda la atención que sea posible concederle médica y socialmente.

Enfermedades Génito-Urinarias:

La hematuria renal fué la más práctica de las varias cuestiones discutidas. Hubo tres reuniones; una en que se trató de las enfermedades de los riñones y la úretra; otra se ocupó de las de los testículos, y la tercera de los tumores de la vejiga.

Medicina Preventiva y Salud Pública.

En mi concepto, esta sección tiene uno de los más vastos campos para el futuro en cuanto a utilidad. Hay campo suficiente para extenderse.

Se discutieron muchos asuntos; problemas y planes generales futuros para

la obra agresiva. Completada por la educación y legislación.

Como resultado de una investigación especial llevada á cabo durante los cuatro últimos años en la Zona del Canal, las siguientes observaciones demostraron que: "el valor exacto de la Reacción Widal en el diagnóstico de la Fiebre Tifoidea, parece difícil de estimarse. Puede variar de día en día, resutlando un día positivo y negativo el otro. Puede resultar positivo en tuberculosis. La cultura de la sangre es el único diagnóstico absoluto de la enfermedad. La dosis de quinina necesaria para reprimir una infección palúdica perniciosa solamente puede ser purjudicial a un paciente que tenga fiebre tifoidea y no malaria."

Farmacia y Terapéutica:

La calidad y eficiencia de las drogas y las variadas formas de la terapéutica según la antigua y la nueva concepción también fueron consideradas.

Enfermedades de los Niños:

Los siguientes fueron algunos de los tópicos discutidos:

Inspección Médica de las Escuelas, Diagnóstico temprano en las deficiencias aguda ácida y envenenamiento por la proteína en los niños. El Dr. Mc. Cleave de Berkeley, California, dijo: "La intoxicación ácida es un fenómeno extremadamente común en una variedad de condiciones patológicas; pero usualmente en niños de dos a diez años de edad El Dr. Clock del Hospital de Niños de New York, obtiene buen éxito con el uso de "bacilos ácidos lácticos".

Obstetricia, Ginecología y Cirujía Abdominal:

En esta sección se trataron asuntos tan interesantes y adecuados que no se podrían mencionar ni los más importantes. El Dr. Schwartz, de San Luis, dijo en su escrito sobre "El diagnóstico del suero de la preñez." "Yo tengo registrados veinte y un casos de preñez y de estado puerperal, en los que el examen ha dado la reacción.

El considera que la inexactitud de muchos de los trabajos anteriores se debió a una técnica deficiente. Esta usando aún el método de Dialización: pero espera probar el Método óptico y demostrar su eficiencia. El Dr. Coffey de Portland al discutir su trabajo sobre adherencias abdominales desde el punto de vista del Cirujano, dijo que estas pueden representar un papel beneficioso o funciones perjudiciales.

Cirujía:

Los contravertidos problemas acerca de estanción de la sangre en los intestinos fueron tratados directa e indirectamente en un escrito sobre "Aspectos quirúrgicos de la estancación de la sangre en los intestinos desde el punto de vista anatómico", por Summers, de Omaha. Los temas acerca de las membranas fetales y plegaduras peritoneales fueron discutidos muy extensamente por los doctores Cheever, de Boston, y Eastman, de Indianapolis.

Este asunto aparece ante mí como de gran importancia aquí en Puerto Rico, debido a que gran parte de la gente descuida en absoluto la regulación de sus intestinoes y es negligente en lo que respecta a la constipación crónica,

hasta que pasan a ser obstrucciones y terminan en una peritonitis fatal.

Aunque Gray en Inglaterra y Lane en América han estado por largo tiempo citando en los libros de testo, que han observado membranas perdidas en el abdomen, tocó a Jackson y a nuestros más modernos cirujanos interpretar su significación. Las observaciones quirúrgicas, y las autopsias demuestran que éstas lo mismo que se descubrió del "el apéndice inútil" ejerce influencia tanto para lo bueno como para lo malo. Muchos problemas obscuros, tales como porqué los síntomas de la apendicitis no cesan siempre, después de una remoción radical; porque algunas personas son tan propensas a torceduras y a intususcepción de los intestinos y porque algunas movilidades de los intestinos son intratables. Esto aparece más claro a la luz de la existencia de estas plagaduras fetales o inflamatorias.

El Dr. Frank Billings, de Chicago, ex-presidente de la A. M. A., nos favoreció con un escrito sumamente valioso sobre la "Infeccición crónica fecal como uno factor causante de la artritis crónica."

La Dra. Hurd, Instructora en anéstéticos en el Colegio de Medicina Rush, de Chicago, hizo algunas observaciones con respecto al uso de la morfina, atropina y uso de acaloides antes de la anestesia. Ella dijo: "Personas que anteriormente eran protectoras entusiastas de la práctica de administrar alcloides antes de la anestesia general, c la abandonan enteramente, o la usan únicamente en casos especiales y en una dosis muy pequeña."

Mediante invitación especial, el Dr. Luger de Vienna, (Austria), leyó un escrito sobre las grandes variaciones en tamaños y formas del cuerpo pituitario, según está demostrado por los estudios escópicos de los Rayos X.

Práctica de la Medicina:

El sujeto de discusión en la apertura de esta sección fué la "Artritis Crónica", por el Dr. Ely, de Denver. Le siguieron estudios acerca del Acido Urico, presentados por el Dr. Mc Lester, de Birminghan, Alabama.

Estos estudios están relacionados intimamente y de un modo natural con la cuestión de los desórdenes de la nutrición que fué discutida en cuatro escritos leídos en el segundo mitin. Los estudios sobre la presión de la sangre, demuestran que mucha más gente que la que nos ofrece nuestra práctica en Puerto ico, sufren formas de enfermedades debidas a desórdesnes circulatorios. Las siguientes son algunas de las manifestaciones que se hicieron. "Estos pacientes son casos quirúrgicos, poco deseables;" cuarenta y dos, de cuarenta y tres casos en los que se hacen autopsias, demuestran lesiones renales." "Están sujetas en cualquier momento a hemorragias cerebrales o a desarrollarse gradualmente la falta de compensación cardíaca." "La apariencia de la hidropesía moderada en el pie es de grave significación." "El peligro de la uremia." "Falta de compensación miocardial en cualquier momento de un gran esfuerzo." "La vida puede ser prolongada únicamente con el mayor cuidado por la dieta, el ejercicio y el estímulo nervioso."

Ni es ésta meramente una cuestión de peligrosa fuerza dinámica, ruptu-rando los vasos de la sangre, pues Hoover probó hace tres años que "la presión sistólica puede estar en límites normales y aún el movimiento de la sangre ser peor".

Algunos de los otros tópicos presentados en la Sección sobre la práctica de la Medicina fueron: "Importancia de las condiciones latentes en la producción de los estados neurasténicos"; "Ictericia congénita hemolíttica"; y "El estómago de Sifón, (watertrap).'

El arttículo del Dr. Richard C. Cabot sobre "Causa y tratamiento de la diarrea" fué tan interesante como antes; era oportuno e instructivo. Recordarán Vds. que el Dr. Cabot practicó en Puerto Rico, antes de hacerse famoso como autoridad en las enfermedades de la sangre.

El Mayor Frederick F. Russell cerró la reunión tratando sobre los sueros y vacunas, informando acerca del trabajo anti-tifoso en el ejército de los E U., durante el 1912. El Dr. Russell dijo que tenía muy gratos recuerdos de su viaje a Puerto Rico; y muchos de nosotros tuvimos el gusto de conocerle y apreciar su cordialidad y buen carácter durante el tiempo que estuvo aquí el año pasado cuando la Peste Bubónica.

En otra reunión, la última del programa, se trató de la "lepra". El Cirujano General Rupert Blue, nos dió los puntos de vista de Sanidad Pública de ésta enfermedad que tiende a invadir todo el mundo, lo mismo que el tracoma.

Parte de una sesión fué dedicada al estudio del Problema de la Tuberculosis" desde el punto de vista de todas las nuevas ideas en cuestión de sueros, vacunas, y curas especiales que se van desarrollando recientemente. El Dr. Flinn, de Arizona, dijo: "Para el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar seguimos contando: con el aire fresco, la buena alimentación y el descanso; de éstos tres medios, el más poderoso es el descanso."

UN TRAUMATISMO CURIOSO

POR EL DR. LUIS GARCIA DE QUEVEDO.

El siguiente caso nos ha parecido digno de la publicidad, a causa de las especiales circunstancias del traumatismo; del insignificante daño que produjo: y por haber curado sin dejar alteración alguna en la visión.

N. N., niño mulato, de doce años, del barrio Oconuco-Alto, de esta municipalidad, (San Germán), estaba jugando el miércoles, día 1 de octubre, con otros niños cerca de la casa-escuela, durante el recreo; en esta ocasión sostuvo una riña con otro niño, quien le arrojó un machete moruno que tenía en las manos. El machete no tenía mango y la punta roma que correspondía a éste se le incrustó en la región sub-orbitaria izquierda, disecando el periosteo, como se hace en la resección del maxilar superior de los huesos, que forman el suelo de la órbita, saliendo a la fosa zigomática debajo del masetero. El machete que era unos de 40 centímetros de largo por 5 o 6 de ancho, muy mohoso, estuvo fijo en el sitio indicado por cinco horas sin que nadie se atreviera a sacárselo, y el niño fué transportado a

la ciudad, en hamaca, con el machete fijo en el sitio descrito, hasta que yo le ví en el Cuarto de Socorro. Con gran trabajo logré sacarlo; tan fijo estaba, que parecía haber echado raíces allí. Después de haberlo sacado, ví que la hoja había penetrado seis y medio centímetros en la región.

Hecha la extracción del machete, desinfecté la herida esmeradamente y le administré al niño inyecciones de suero Anti-tetánico y Anti-estreptocócico, y hoy se encuentra bien sin haber sufrido nada su visión.



En la fotografía aparece el padre sosteniendo el machete, porque el niño decía que el peso de la hoja le daba más dolor. El pequeño paciente no perdió el conocimiento, y resistió sin exhalar un gemido la operación, que se le hizo sin anestesia.

——oOo——

"COLEGIO DE CIRUJANOS DE AMERICA." *

El propósito de esta nueva organización y la razón de su existencia, se basa en los esfuerzos desinteresados de elevar la profesión tanto en su orden moral como intelectual á su grado más alto, nutrir las investigaciones científicas y finalmente educar al público de manera que éste pueda darse cuenta de la diferencia que existe entre el cirujano honrado, consciente y bien amaestrado, y el operador negociante, el charlatán y el curandero; aún más, que la palabra "cirujano" no signifique una simple expresión ó nombre común, y finalmente, que éste título se distinga del diploma fácilmente adquirido.

Es absolutamente esencial para proteger al público dotar á la Cirugía de un grado perfecto, elevando de ésta manera, el honor del gremio de Cirujanos. Es necesario librar al público de los lobos escondidos bajo la piel de ovejas; protegerle de aquellos que prostituyen su alto oficio, por el interés del dinero; protegerle de los que no están preparados en el arte y pecan de ignorantes; de aquellos que por falta de habilidad y conocimientos quirúrgicos, resultan incompetentes. Que estos mercenarios existen en números considerable en nuestra profesión, y que continúan ejerciendo su comercio nefario en toda comunidad, sea cual fuere su tamaño, sin preocuparse de las consecuencias, desgraciadamente no se puede negar. Mientras tanto, el nombre hermoso de cirujano y la fama de nuestra profesión se deshonra y se mancha.

Habrá algo que podamos hacer para proteger al público y a nosotros mismos? Nuestra presencia esta noche aquí, es la contestación a la pregunta. El Colegio de Cirujanos de América, ha venido a su existencia como una protesta activa, vigorosa y viril, contra aquéllos mismos de la profesión que sostienen ese estado mercenario de cosas.

La devoción por la humanidad doliente, sin interés personal, ha sido siempre la mayor gloria de la profesión médica. La fundación del Colegio de Cirujanos de América, es simplemente un esfuerzo de "buena fe" por parte de la profesión para limpiar el blasón de algunas de las manchas negras con que está teñido. De éstas manchas, la que resalta más impura, es la práctica desmoralizadora de la repartición de honorarios. La influencia de este monstruo inmoral, insidioso y pernicioso, como ha sido siempre, ocupa y domina ciertas localidades en ambos continentes, hasta tal extremo, que el grado moral de la profesión es rebajado de manera que el efecto sobre aquéllos que las practican, se ve y se siente por la inferioridad de sus trabajos. El hecho de que ésta práctica sea tan común en ciertos Estados, al extremo de obligar a las legislaturas a promulgar leyes, reconociendo como crimen el "reparto de honorarios", es un comentario suficiente, para que se vea de la manera cómo el público aprecia ésta clase de práctica. Este hecho, es motivo para que cada miembro honrado de la profesión se avergüence, al ver que en éstos días y en éstas generaciones, tal cosa sea posible.

Para crédito de la clase médica, la iniciativa de hacer algo para corregir los males en este asunto, fué iniciada por un miembro de nuestra profesión. El deber más importante que tiene el Colegio de Cirujanos, es el de declarar una guerra de exterminio sin tregua, contra esa práctica degradante y deshonrosa, tan fatal para el honor que integra a la profesión.

Para que el Colegio de Cirujanos de América, cumpla con su alto destino. es indispensable que sus reglas sean elevadas. No hay ni podrán haber compromisos con las fuerzas del mal; vacilar para efectuar ciertas reformas bastante necesarias, es perder irreparablemente posiciones ventajosas. Sobre nosotros a quienes se nos ha encomendado poner los cimientos de este Colegio, recae una gran responsabilidad. Debemos marcar la senda y manejar la clave en esta campaña de rectitud profesional.

"Carácter y eficiencia en el servicio" es nuestro grito de batalla. El principio fundamental para el éxito de nuestra causa. ¿Necesito preguntar, qué tiene que ver el carácter con la práctica quirúrgica? Parecerá que tal pregunta es ociosa en esta Asamblea y enteramente fuera de lugar. ¡Ojalá que así fuera! No podemos cerrar nuestros ojos al hecho triste por cierto, que de tiempo en tiempo, ciertos miembros de nuestra profesión, (afortunadamente son pocos), están dispuestos a vender su derecho de nacimiento y primogenitura por un plato de letejas, cuya ética de moral profesional es tan baja, que

les permite de una manera u otra, el traficar con su honor profesional por ganancias pecunarias o por un prestigio falso, cuya moral está tan degradada, hasta permitirles usar de sus relaciones profesionales, tan sagradas como siempre deberían ser, para utilizarlas como medio de satisfacer sus ambiciones inmoderadas, o de otra manera, para sus bajos propósitos. El carácter de tales profesionales, q. así actúan, está inevitablemente rebajado en sus obras. La entereza y la rectitud de conciencia, no son el resultado de un proceso intelectual, más bien, emanan del carácter. El trabajo que se hace a falta de entereza o de carácter, es enteramente rudimentario. Sí; el carácter, aquél que hace a un hombre lo que es, aquél que lo levanta sobre la manada común, aquél que estampa sus hechos como extraordinarios, debe ser siempre una "*sine qua non*" para ser miembro en este Colegio.

No se vá a la Cirugía como por un camino real; no hay tal cosa de que la Cirugía es fácil; que se aprenda en un curso de diez lecciones, observando la actividad de un operador u oyéndolo hablar vociferadamente contra los aceptados principios antiguos o burlarse de los métodos nuevos del laboratorio. Es muy fácil dejarse guiar por estos falsos dioses y creer que cualquiera puede hacer una operación quirúrgica. No os dejéis conducir a ese error fatal de suponer que eso es todo lo que hay para llegar a la práctica de la Cirugía. Esta significa una jornada larga y penosa; años de estudio y aplicación íntima; de capacidad mental y habilidad manual; de investigación en el hospital, en el laboratorio y en las salas de los enfermos. Todo esto es lo que se necesita para que un hombre pueda adquirir la experiencia, la previsión, el juicio suficiente, que le autorice a llevar la distinción orgullosa de que se le llame "Cirujano" con todo lo que éste nombre significa. Dice Valentín Mott: "¿Que cuán pocos estaban cualificados para juzgar?" Nosotros consideramos como Cirujanos solamente aquéllos que tienen devoción concienzuda al estudio de nuestra ciencia y al cumplimiento diario de sus deberes; aquéllos que han adquirido conocimientos que les dan serena reflexión, entero juicio y manos habilidosas, mientras al paciente, le ofrecen una esperanza de salud, o de vida prolongada.

* Estos párrafos son parte del discurso pronunciado por el Dr. J. M. T. Finney, al inaugurarse el Colegio de Cirujanos de América en el mes de Noviembre, del 1913.—N. B.

———oxo———

FIBROLIPOMA DEL OMENTO.

EXPOSICION DE UN CASO.

DR. J. AVILES Y DR. J. N. CARBONELL

Los tumores adipsos del omento, a juzgar por nuestra experiencia, son muy raros. Ha llegado a manos de nosotros un folleto en el que se refieren los pocos casos registrados en la literatura médica, acerca de estos neoplasmas y de ellos solamente uno fué diagnosticado correctamente; este caso fué relatado por el doctor W. A. Meredith de Londres, en 1867. (*Trans. Clin. London XX.*)

J. Cooper Foster, dió a conocer en el año 1868 un caso de lipoma del omento; tratábase de una mujer de sesenta y tres años de edad, que no había tenido hijos. En este caso, llegóse a practicar una laparotomia, creyendo el operador, una vez abierta la cavidad abdominal, que el tumor era un quiste del ovario. Finalmente no terminó la operación a causa de las adherencias y la mujer falleció diez y seis días después de la intervención. En el exámen *post-mortem* se encontró un tumor de consistencia dura, de carácter adiposo, relacionado con el omento y que pesaba cincuenta y cinco libras.

El Dr. Warren, de Havard, (*Surg. Obs on Tumors, A.* 567, *p.* 583,) nos dá a conocer un caso de lipoma del omento. El paciente que era un hombre muy acabado en su salud, sufrió en los tres últimos días de la enfermedad de vómitos y dolores en los intestinos que determinaron su muerte. En el examen *post-mortem,* se encontraron varios tumores adiposos en el omento.

John Homans, (*Boston Medical and Surg. Journal,* 1883,*p.* 241,) relata dos casos que operó, exhindiendo del omento, varios tumores de tamaño considerable que tenían lá consistencia y el carácter del tejido adiposo.

El doctor Edebohls, (*N. Y. Obstetrical Soc. Journal, Nov.* 1891, *p.* 56,) refiere dos casos; el primero de ellos, demostró ser un lipoma del omento, que por sus síntomas, ,creía que era un fibroma uterino. Se trataba en este caso, de una joven de diez y nueve años de edad, que fué operada a causa de las hemorragias uterinas graves que sufría.

El segundo caso de Edebohls, era un lipoma del omento, que simulaba un fibroma intraligamentoso. El sujeto aquí, era una mujer casada, de treinta años de edad, y madre de ocho hijos. Dos días después de haber tenido su último parto, sufrió fuertes dolores en la parte baja de la pelvis, y hacia el lado izquierdo. Un tumor que media 10x8 c. m. se presentaba en el lado izquierdo de la pelvis, que por su consistencia, parecía un fibroma. El omento se encontraba adherido a la masa, formando parte del tumor, y envolviendo la trompa y el ovario.

El doctor William E. Lower, (*The Cleveland Medical Jorurnal, July,* 1907,) relata un caso en un hombre de treinta y dos años de edad que fué sometido a un examen físico en el cual, se observó, una masa en la región inguinal izquierda, algo movible. No se hizo diagnóstico preciso creyéndose que se trataba de un riñón flotante. Fué practicada una operación, en la que se pudo comprobar la existencia de un tumor en el omento, del tamaño algo mayor al de una naranja. Dos tumores más pequeños se presentaban a cada lado del omento. El laboratorio comprobó que éstos tumores, eran de carácter adiposo.

El caso que vamos a describir, es el de una señora vista en consulta, para decidir de la operación quirúrgica si ella era requerida. Esta se llevó a término sin ningún contratiempo.

HISTORIA DE FAMILIA.—El padre falleció a la edad de ochenta años. a consecuencia de un traumatismo. La madre falleció de tuberculosis pumo-

nar. Ha tenido ocho hermanos, los cuales han fallecido en edad temprana. Una hermana falleció según los antecedentes, a consecuencia de un parto antes de que expulsara la placenta y en el momento de romperse una bolsa que parecía estar llena de pus, saliendo éste en gran abundancia por la vagina.

HISTORIA PERSONAL.—N. N., viuda, de cincuenta años de edad, casada a los diez y siete años. Ha padecido de viruelas a la edad de un año, y de sarampión a los siete. Desde entonces no ha padecido de ninguna otra dolencia, gozaba de perfecta salud. Tuvo un alumbramiento a los dos años de casada sin ninguna novedad, siendo éste su único embarazo.

ENFERMEDAD PRESENTE.—Padece de un prolapso completo del útero del cual viene sufriendo desde hace dos años. Hace ocho meses empezó a sentir dolor hacia el lado izquierdo de la pelvis, que dió motivo a llamar al médico, quien pudo comprobar en el reconocimiento que le hizo, una tumoración al lado opuesto del que sentía el dolor. El médico manifestó la necesidad de una operación quirúrgica. Sufre de anorexia y periódicamente se le presenta dolor de carácter agudo en el lado izquierdo de la pelvis. Siente pesadez en toda la región de la pelvis. Fuera de este cuadro, la paciente no revela otros síntomas.

EXAMEN FISICO.—Anémica, y su desarrollo muscular, algo pobre. Corazón y pulmones en buen estado. A la palpación podía determinarse, un tumor de tamaño regular algo movible hacia el lado izquierdo de la pelvis, llegando hasta cerca del ombligo. A la inspección se presentaba la matriz, completamente fuera de la vulva.

DIAGNOSTICO.—Quiste intraligamentoso del ovario izquierdo y procidencia uterina.

OPERACION.—Hospital Municipal. Enero 1914. Sala privada. Se practicó una incisión vertical en la línea media del abdomen, desde dos pulgadas, sobre el pubis, hasta cerca del ombligo. Una vez abierto el peritoneo, observóse una masa larga, de forma más bien cilindroidea, como de 10 c. m., en diámetro que estaba en íntima relación con el colon ascendente, hasta tal grado, que parecía el verdadero colon en estado de dilatación. Al tacto, casi era imposible poder determinar si se trataba de un tumor independiente, o si en realidad era el intestino dilatado con atascamiento de haces fecales. Con cierta prudencia se manipuló y esto nos hizo conocer la verdadera relación anatómica entre el intestino y el tumor que pudo finalmente ser desprendido y ver que su origen procedía del omento pediculado en la región del borde inferior del bazo. El tumor fué enviado al laboratorio donde el patólogo del Hospital, doctor S. Giuliani pudo comprobar la existencia de tejido fibro-lipomatoso. Pesaba alrededor de tres libras y su cápsula algo gruesa. Un segundo tumor presentóse a la vista, una vez extirpado el que acabo de describir; y este en parte confirmaba nuestro diagnóstico. Era un quiste intraligamentoso del ovario izquierdo del tamaño un poco mayor al de una toronja, de consistencia semi-sólida. Pudo enuclearse con cierta dificultad. Finalmente se fi-

jó la matriz por el procedimiento de Kocher.

La enferma tuvo una convalescencia admirable fuera de los cuatro primeros días, en que los vómitos parecían incoercibles y en los que su centro nervioso estuvo bastante excitado a consecuencia de la anestesia. Salió del Hospital a las dos semanas de su operación, sin ninguna novedad.

———oxo———

"AUTOTERAPIA"

POR EL DR. F. DEL VALLE ATILES.

Hemos leído un artículo del Dr. Delfino, asociado extranjero de la Real Sociedad Italiana de Higiene, comentando otro publicado en Buenos Aires, bajo el título de: **"Descubrimiento de un Médico Argentino"**, **"Resultados de la Autoterapia"**, que a nuestra vez comentaremos.

El Doctor Pedro Caride Massini—según Defino,—se atribuye el descubrimiento de la autoterapia; y afirma que existe un elemento biológico, circulante en la sangre, dotado de propiedades específicas que le dan un valor positivo para su empleo en el tratamiento de ciertas enfermedades. Pretende el autor de éste descubrimiento haber experimentado con el cáncer y la tuberculosis—y los resultados satisfactorios obtenidos durante cuatro años de experimentación, le han alentado a continuarlos y se propone publicar muy pronto sus conclusiones.

El Doctor Delfino revindica para el Doctor Carlos H. Duncan, el mérito de esta ingeniosa aplicación terapéutica, deducida de principios empíricos; pero que viene a ser como forma simplificada de la bacterioterapia y vacinoterapia.

La forma que el Doctor Duncan indica que ha de seguirse en la técnica, nos parece que ha de ser repulsiva para la generalidad de los enfermos. En las heridas no supuradas en que se tema una infección, aparte del tratamiento aséptico, recomienda el autor que se tome como una pulgada cuadrada de la gasa que se usa como apósito, impregnada con los líquidos de la herida y agitándola en su frasco con 120 gramos de agua, se administre al enfermo una cucharada sopera cada cuatro horas.

En las heridas punzantes o de armas de fuego, Duncan utiiza los cuerpos extraños retirados de las heridas y los pone en la boca del paciente.

En la septicemia puerperal, el procedimiento sería igual al de la gasa, utilizando en vez de ésta, el algodón impregnado de líquidos fétidos de la vajina.

En las infecciones purulentas, bastarían una o dos gotas de pus puesto en a lengua del paciente; para obtener un efecto curativo serían lo bastantes, 3 dosis; y este tratamiento lo ha extendido el Doctor Duncan a los abcesos, blenorragia, oftalmía blenorrágica y dematosis.

¿Significa este modo de aplicación terapéutica un adelanto? Pretende su autor ser el método superior a la bacterioterapia y vacinoterapia según los principios de Wright, por emplearse las toxinas de los tejidos, y de otros microbios de los que están exentas las bacterinas o vacunas.

La medicina curativa en su afán de devolver la salud, no descansa ensayando cada día nuevos métodos.

Y pues no cabe negar que se han obtenido excelentes resultados con los procedimientos de Wright; como no obstante, el método de Duncan, aunque repulsivo ofrece por su sencillez de aplicación y baratura ventajas, si los resultados fueren tan satisfactorios como se pretende, le tendríamos en la terapéutica moderna.

Ahora bien: la exposición del tratamiento de Duncan fué hecha en el "New York Medical Journal", de Diciembre 14 de 1912.

De entonces acá no hemos oído acerca de asunto, y en medicina ya sabemos con qué ansiedad se recibe y con qué festinación a veces se pone en práctica un tratamiento nuevo, sobre todo, cuando se le proclama eficaz para enfermedades de tal gravedad como en las que ha sido aplicado el método por su autor.

Hay quien asigna mayor eficacia al empleo de los organismos aislados del propio paciente; pero otros aseguran que las bacterinas poseen igual eficiencia curativa; no podríamos invocar en favor del método de Duncan su carácter de medicación autogena, pero sí, el hecho de los resultados en extremo alentadores que viene alcanzando la autoterapia, en diversas afecciones.

Recordemos los ensayos verificados con los líquidos pleuríticos, con los de la ascitis, de la peritonitis y de las flictena es consecutivas a la aplicación de un vejigatorio; los de la sangre centrifugada y calentada a 55o., o tal como se toma del enfermo, los de leche de mujer, como galactógeno, agentes sencillos y fáciles de aplicar por el médico, sin peligro para el enfermo y con los que se han obtenido resultados bastantes satisfactorios en el tratamiento de las enfermedades cutáneas; todo lo cual es autoterapia aunque en forma que no ofrece repugnancia el enfermo.

Aparte de esta consideración, habrá que hacer respecto del método Duncan, alguna otra relacionada con el poder digestivo del estómago. Algunos tuberculosos y en general los niños suelen tragar sus escreciones pulmonares, sin que se haya notado que por éste acto se mejoren los unos ni los otros.

La autoterapia en los derrames de la pleura y del peritóneo, cualquiera que sea la teoría que admitamos, ya sea la de Gilbert, acción modificadora favorable a la evolución de la enfermedad debida a las autotoxinas, anticuerpos, antipleurinas etc.; la de Audibert, osmosis, y recuperación por el organismo de sus poderes, mediante la inyección; ó la de Le Play, la acción diurética, ello es que las ventajas que se le asignan en el tratamiento de la ascitis y pleuresias, nos permiten suponer que en esta dirección la autoterapia hará más conquistas que bajo la forma que motiva este artículo.

Respecto a la técnica del Dr. Caride Massini, nada dice el artículo que nos ha sugerido estas líneas; sea como fuere hay que tener mucha prudencia cuando se trata de reconocer utilidad a remedios nuevos para el Cáncer y la Tuberculosis".

———oxo———

APUNTES BIOGRAFICOS.

POR EL DR. PEDRO DEL VALLE.

EL DOCTOR CHARLES McBURNEY.

Este por todos conceptos ilustre cirujano, nació en Roxbury, Massachusetts, el día 17 de Febrero de 1845. Su instrucción preparatoria la recibió en la Escuela de Roxbury de donde salió par ingresar en la Universidad de Harvard, allí se graduó de Bachiller en Artes en el año de 1866. Matriculóse luego en el Colegio de Médicos y Cirujanos de New York, graduándose de Doctor en Medicina y Cirugía en 1870, y alcanzando simultáneamente el grado de Maestro en Artes. Obtuvo un internado en el Hospital Bellevue y un año después marchó a Europa, en donde permaneció estudiando dos años; luego regresó a New York y empezó a practicar la profesión.

Fué nombrado Demostrador de Anatomía del Colegio de Médicos y Cirujanos en 1873 y profesor ayudante de la cátedra de Cirugía operatoria en 1882. Ocupó la silla como catedrático desde 1889; pero se vió precisado a renunciarla, aunque conservando la de Clínica quirúrgica, a causa de su numerosa clientela, siendo por último nombrado profesor emérito.

Sus trabajos más notables los verificó en el Hospital Roosevelt, de donde fué nombrado Cirujano en Jefe en 1888 y durante los doce años de estarlo rigiendo alcanzó dicho Hospital una reputación internacional, por sus valiosas contribuciones en terapéutica y en procedimientos operatorios. El Doctor estaba también relacionado con otros hospitales de New York y a su muerte ocurrida el 7 de Noviembre de 1913, a causa de una lesión cardiaca, era cirujano consultor del hospital de San Lucas, del Presbiteriano, del Ortopédico, del de San Marcos, etc.

Fué miembro de muchas sociedades médicas y de la Asociación de Cirujanos de París, de la que era socio corresponsal.

Sus trabajos literarios en cirugía han sido muy importantes y los más notables fueron sobre apendicitis. Uno de los síntomas de esta enfermedad, que es tal vez el más seguro en el diagnóstico, es "dolor en el **punto de Mc Burney**'.

Fué hombre de juicio sereno, y nadie como él para saber cuándo y cómo operar. Sus procedimientos minuciosos, exactos y en todos conceptos notables, beneficiaban a sus operados por la rapidez de la curación con el mínimo de sufrimiento.

Cuando se le presentaban problemas quirúrgicos difíciles, siempre se le ocurrían procedimientos originales para resolverlos, que luego se convertían en métodos permanentes muy valiosos.

Como profesor era el Dr. McBurney sencillo, claro y eminentemente práctico.

Con sus enfermos era afectuoso en extremo. Tenía encanto en sus maneras y poseía la sonrisa más dulce que en boca humana se ha visto. Inspiraba confianza absoluta a todos y los que profesionalmente le trataban encontraron siempre en él un hombre dedicado enteramente a su deber y una inteli-

gencia superior, que le hacía estimable y digno de afecto y admiración.

———OXO———

REUNION DE LA DIRECTIVA DE DE LA ASOCIACION MEDICA DEL DISTRITO DE SAN JUAN.

Atendiendo a la convocatoria hecha por el Secretario, por orden del Presidente, se reunieron los Dres. F. Matanzo, presidente, E. Saldaña, censor, López Sicardó, vice-presidente y J. Belaval, secretario, quienes formando quorum, pasaron a resolver los asuntos pendientes. El *Secretario* participó haber escrito al Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, pidiéndole la Carta Constitutiva de la Asociación del Distrito de San Juan.

Nombramiento de la Comisión de Propaganda y Trabajos Científicos. Recayó ésta en los Dres. Francisco del Valle Atiles, como presidente, Dr. I. González Martínez, como vice-presidente y Dr. Esteban García Cabrera, como secretario.

Nombramiento de la Comisión de Legislación y Policía. Recayó en los Dres. Gustavo Muñoz Díaz, como presidente, Dr. José Lugo Viña, como vice-presidente, y Dr. Antonio Martínez Alvarez, como secretario.

Se resolvió convocar por tarjeta postal para la reunión científica del Jueves 12 del corriente, en la que disertaría el Dr. Francisco Matanzo sobre, "El Tracoma en Puerto Rico".

Se decidió cobrar inmediatamente las cuotas y que el secretario presente en la reunión del Jueves 12, hiciera un presupuesto de los gastos probables de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

———OXO———

"LIBROS RECIBIDOS". por el

DR. F. DEL VALLE ATILES.

Estudio sobre la leche de vaca en P. R.

Hemos recibido un panfleto que se titula "Estudio sobre la leche de vacas de Puerto Rico", cuyos autores son los Sres. R. del Valle Sárraga, H. J. Lucas y José Román Benítez del Laboratorio Químico y Bromatológico del Servicio de Sanidad. Ese panfleto ha sido reimpreso del original que se publicó en el "Journal of Industry and Engineering Chemistry" de los Estados Unidos, en su número de Enero ppddo. El trabajo en sí es estrictamente técnico y tiene por objeto, el señalar un nuevo derrotero para las normas que tiene establecidas el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, para los productos de las lecherías. La interpretación de los resultados analíticos que allí aparecen y la crítica que de los mismos hacen los autores de este interesante trabajo, ponen de manifiesto de manera evidente que la Química Regional ofrece amplios horizontes para interesantes investigaciones.

Este estudio demuestra que la vaca nativa de Puerto Rico produce en la generalidad de los casos, una leche tan superior en calidad como las de mejor raza de Norte América y Europa; y su inferioridad estriba en consideraciones de orden económico, puesto que la producción total por cabeza de ganado es muy inferior a la de las vacas de buena raza de otros países.

El resúmen de esta investigación puede hacerse como sigue:

1.—Económicamente hablando puede considerarse la vaca de Puerto Rico inferior a las de otras regiones, por las causas siguientes: (a) crianza degenerada. (b)

métodos impropios para ordeñar. (c) alimento insuficiente.

2.—El 18% de las vacas están alimentadas con yerba de guinea y producen 10.2% de grasa como máximun, 1.0% como mínimun y 4.71% como promedio; el 36% están alimentadas con malojillo y los resultados demuestran como máximun 7.8%, como mínimun 1.3%, como promedio 3.98%; el 1% se alimentan con "matojo" dando en máximun 3.7%, un mínimun 3.7%, un promedio 3.7%; el 43% se alimentan con pasto común produciendo como máximun 7.%, como mínimun 0.8%, como promedio 3.37%; el 2% se alimentan con grama suministrando la cifra máxima de 3.8%, la mínima de 2.9%, y promedia de 3.35%.

3.—En concreto puede asegurarse que los sólidos y la grasa varían dentro de amplios límites; la lactosa y el índice de refracción son excesivamente altos en la Isla de Puerto Rico, y más que en ningún otro país, circunstancia de no poca importancia para la clase médica de Puerto Rico, que debe tener en cuenta éste hecho, en la lactancia de los niños.

Reunión Científica de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

El 12 del corriente mes tuvo lugar la reunión científica mensual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

El Presidente Dr. Francisco Matanzo. ante una nutrida concurrencia de distinguidos miembros de la Asociación, disertó extensamente sobre el interesantísimo tema de actualidad, "El Tracoma en Puerto Rico". Nos demostró de una manera sencilla y práctica, el asunto de su conferencia, entrando de lleno en la patología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento de ésta dolencia que tanto incremento toma de día en día en Puerto Rico, amenazando la visión como parte integrante de la salud de nuestros hijos.

Todos los allí reunidos oímos con vivo interés la autorizada palabra de tan distinguido conferencista, y pudimos observar cuidadosamente su demostración práctica, de un caso típico de Tracoma que tuvo la bondad de traer a nuestra presencia.

El orador fué calurosamente aplaudido por los Sres. médicos allí presentes, y así finalizó tan brillante acto que es de tanta imoprtancia para la Sociedad Portorriqueña".

Comité de Programa y Trabajo Científico, Aso. Med. del Dto. de San Juan.

El Comité nombrado por la Junta Directiva de la Asociación Medica del Distrito de San Juan, compuesto de los Sres., Dr. F. del Valle Atiles, Presidente; Dr. I. González Martínez, Vice-presidente; y Dr. Esteban García Cabrera, Secretario, efectuó su primera reunión el Sábado 20-14 en el local de la Asociación en San Juan.

El Presidente, Dr. del Valle, en breves palabras expuso la misión del comité, misión fijada por el Art. IV, Sec. 2 del Reglamento de la Asociación del Distrito, que dice: "La Comisión de Programa y Trabajo Científico se compondrá de un Presidente, un Vice-Presidente, y un Secretario y será su deber entender en todo lo relativo a los actos científicos y sociales de la Asociación, preparando programas variados para cada una y trabajando para que tomen parte en la obra científica el mayor número posible de los miembros distinguidos de la Asociación". Se estudiaron los me-

dios adecuados para desarrollar estos propósitos. Por consentimiento unánime se congratuló al Dr. Toro, quien por invitación aceptó dar la próxima conferencia, cuyo tema será: "Estasis Intestinal". Dicha Conferencia se llevará a cabo el segundo Jueves de Marzo, día 12, a las 8.30 P. M., en el local de la Asociación Médica, Plaza de San Francisco, Edificio "La Costa."

———oxo———

"NOTAS VARIAS."

"La Eugénica en el Teatro".

Bajo el título de "Géneros Averiados" se está representando en algunos teatros de los Estados Unidos una obra que fué puesta en escena por primera vez ante el Presidente Wilson y los miembros del Congreso. La obra fué escrita en francés y su autor es Mr. Brieux, de la Academia Francesa. De ella se ha hecho una traducción al inglés.

Este es el primer intento realizado para llevar al teatro las vitales cuestiones relacionadas con la Eugénica; antes se había hecho con otros asuntos; el de la Tuberculosis para lo cual se ha utilizado la escena a fin de dar una lección objetiva acerca de los medios de prevenir la temida enfermedad.

La obra a que nos referimos ahora, tiene un argumento sencillo, y es también una lección objetiva, pero refiérese a un problema mucho más delicado de ser expuesto: al de la influencia de la Sífilis en la vida de los hijos, como causa de la infeilcidad del hogar; y clama por la conveniencia de que se regulen los contratos matrimoniales en relación con los peligros que acarrean para las madres la prole y las crianderas las enfermedades sifilíticas.

"LOS DIENTES DE LOS NEGROS AFRICANOS".

La blancura excesiva de los dientes es uno de los rasgos fisonómicos que más llaman la atención en los negros. Desde luego, el obscuro matiz de su cutis hace que los dientes parezcan mucho más blancos de lo que realmente son, pero la verdad es que la raza negra suele gozar de una dentadura que podríamos envidiar los de la raza caucásica.

Tal vez esto es en parte debido a la costumbre que hay en algunas partes de Africa de enjuagar la boca de los niños, después que han pasado la dentición, con un cocimiento de las hojas de cierta planta que contiene alguna substancia que hace que las encías se encojan, lo cual fortalece los dientes y les dá la apariencia de ser mucho más grandes de lo que de otro modo serían.

Además, la mayor parte de los negros africanos se limpian con frecuencia los dientes, no con el cepillo que nosotros empleamos, sino con un trocito de madera de ciertos árboles que tiene propiedades sin igual para la esterilización y la limpieza. Como este trozo de madera puede renovarse cada vez que se usa, resulta que el cepillo, de dientes de los negros está siempre limpio, ventaja, que no suelen tener los que nosotros empleamos".

"Revista Dental" de la Habana, Cuba, Enero 1914. Vol. VII. No. 1.

———oxo———

"EMPLEO DE LA COCAINA CONTRA EL TRACOMA".

Aunque el Tracoma es conocido desde hace mucho tiempo y se ha desarrollado epidémicamente al principio del siglo XIX, nada se sabe respecto de su origen, y todos los tratamientos hasta ahora empleados para combatirlo son más dolorosos que el mismo mal. Por otra parte, esos tratamientos duran casi tanto tiempo como la evolución de la enfermedad,—si no se la tratara—, a veces muchos años.

Siendo así que el reposo del órgano es muy ventajoso para el enfermo, el doctor J. Sabunin, de Salónica,, (Turquía), ha imaginado recurrir a la cocaína.

Y con justo motivo. La cocaína, en efecto, no se ha mostrado útil solamente por sus propiedades calmantes; ha obrado también como vaso-constrictor. Bajo su influencia la hinchazón de la conjuntiva disminuye y los síntomas inflamatorios desaparecen. Al cabo de 10 o quince días se nota la reabsorción de los núcleos tracomatosos y al cabo de un mes o dos la curación es completa.

El doctor Sabunin dice haber curado a más de 1.000 enfermos de tracomía, en dos años y medio, mediante la instilación diaria de V a X gotas de una solución al 2 o 5 por 100 de cocaína, con exclusión de cualquier otro tratamiento".

"Gazzete Médicale", París.

"UN PUEBLO DE LOCOS".

Se acaba de construir y de inaugurar en Bedburg, en la Prusia Rhenarie, un asilo de locos destinado a vivir en él, comprendido el personal, unas 2,500 personas o sea la población de un pueblo pequeño; la obra ha costado 13,500,000 francos.

Hay, además de las construcciones, una gran explotación agrícola en donde son empleados los pensionistas del Asilo, con excepción de los agitados.

Hay, además, un matadero, una fábrica de hielo, un pequeño ferro-carril, de vía estrecha; una fábrica de electricidad que asegura al mismo tiempo la calefacción central en toda la instalación, una sala de fiestas, un teatro que puede contener 600 personas, una sala de baile y un pabellón para la música. ¡Cuántos pueblos están mucho menos dotados y organizados!

De "La Vie Médicale".

"LAS LECCIONES DE UN EXPERIMENTO EN LA SUPRESION DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS".

La propaganda para la supresión de las enfermedades venéreas, se ha alejado probablemente más que ninguna otra de las reglas que aconseja la experiencia práctica; y se ha dudado más en adoptar medidas que han demostrado su utilidad en casos análogos, encauzadas a reprimir desórdenes crónicos infecciosos del hombre. Se hace cada día más evidente que las campañas de educación pública, importantes y directivas como han sido en todos los movimientos para el bien general, no pueden por sí mismas detener una enfermedad que rivaliza con la tuberculosis, en ser

causa de incapacidad, de enfermedad y de miseria.

Ahora que nos son conocidas las causas y el modo de propagación de la sífilis, y los descubrimientos modernos nos han proporcionado auxiliares tan satisfactorios para un diagnóstico seguro, es tiempo de dar mayor latitud a las recomendaciones de la ciencia médica porque se está haciendo cada día más y más claro que el problema solo puede ser resuelto por los esfuerzos unidos del publicista, del hombre de estado y del médico. En una interesante reseña del notable trabajo que se ha hecho en el estado de Victoria, (Australia), y particularmente en Merlbourne, el doctor James Barret ha expuesto porque los médicos han encontrado tanta dificultad en combatir algunas de las enfermedades contagiosas. El manejo de estas enfermedades siempre se ha complicado con la mezcla de la moral y de la medicina.

Los médicos odian el vicio, dice con razón el doctor Barret tal vez más que otras personas porque ellos ven mucho de su aspecto nauseabudo; pero los médicos como tales no son maestros de moral; su primer deber es prevenir y curar enfermedades.

Una recta interpretación de los hechos, es el fundamento necesario para una acción pública. El primer paso era pues obtener evidencia directa de la distribución actual e incidencia de las enfermedades venéreas. Por doce meses se hizo compulsoria la declaración de la sífilis en un área que comprendía 10 millas de radio al rededor de la Casa de Correos de Melbourne. Este plan, admitida su imperfección, a pesar del hecho de que no se daban nombres, y que la prueba de Wasserman se hizo sin costo y se pagaban honorarios a todo práctico por dar parte de los casos y recoger la sangre, despertó una inesperada cordial respuesta de la profesión en general. Al final del año sobre 5,000 casos fueron declarados y sujetos a la prueba de Wassermann y de ellos resultaron 3,167 casos positivos de sífilis.

En otro de estos experimentos públicos, en el Hospital Victoria para enfermos de ojos y de oídos, el 13 3 por 100 de 550 enfermos examinados, sin tener en cuenta la enfermedad que les había llevado al Hospital, eran sifilíticos. Tales datos indican la incidencia de la sífilis en una considerable parte de la población, tomada al acaso; y sistemáticamente publicados en forma [illegible], proporcionará suficiente evidencia para demostrar la magnitud del problema.

Como consecuencia de esos hallazgos fué decidido por una conferencia de los varios comités interesados, tanto laicos como médicos, no abogar por ningún acta sobre enfermedades contagiosas para remediar la situación, sino atacarla de otra manera. Se equiparon por el gobierno salas al menos en dos hospitales de Melbourne para el tratamiento de personas de cualquier clase, excepto prostitutas, que estuvieran sufriendo de enfermedades venéreas de forma contagiosa. El objeto no fué tanto de solicitud por los que las sufrían, sino el deseo de evitar infecciones ulteriores. Se expidió una circular a los médicos pidiéndole que enviaran pacientes para tratamiento y para ser instruidos y aconsejados. El gobierno Australiano hizo además un

arreglos con la Universidad de Melbourne para el exámen gratuito de 2,000 enfermos del hospital al año, por la prueba de Wassermann; y para el exceso de éste número se fijó un tipo muy bajo de honorarios.

Ultimamente se ha propuesto introducir una enmienda en el acta ya en vigor en New South Wales, proveyendo que toda persona sentenciada a prisión por cualquier causa, si se encuentra que esté sufriendo de una enfermedad venérea, contagiosa, puede ser detenida hasta que no sea capaz de trasmitir su enfermedad a otras personas.

En contraste con muchos otros métodos, precipitados la conducta de éste procedimiento Australiano impresiona como muy inteligente, moderado y de eficiencia innegable.

El ataque iniciado en la línea médica ha seguido a una investigación comprensiva dentro del motivo real para tal acción. Todas las agencias para remover las excreciones sociales han cooperado bajo la influencia dominan de una dirección médica.

The Journal of the A. M. A.

"EL AGUA OXIGENADA CONTRA LA HIPERCLORIDIA".

Winternitz había observado que un compuesto de peróxido de hidrógeno y de magnesio disminuye la secreción de HCI en la hipercloridia, efecto que Berger atribuye no al agua oxigeneda, sino al magnesio.

Petri y Soodman, sirviéndose de agua oxigenada pura, notaron que la absorción del $H^2 0^2$ disminuye siempre, o hace desaparecer a veces HCI. Basándose en ésto, Giraldi han tratado de precisar el modo de acción del $H^2 0^2$, tanto sobre el HCI libre como sobre la ácidez total y sobre el poder pépsico del jugo gástrico. A este fin, administra la comida de prueba de Ewald reemplazando el té por agua ordinaria, dadas las costumbres italianas, y al siguiente día impone el mismo régimen agregando al agua 12 a 15 o hasta 17 a 22 c.c. de $H^2 0^2$ medicinal.

A veces 24 horas después de la comida adicionada de $H^2 0^2$, da una comida normal a fin de medir cuanto dura la acción del $H^2 0^2$.

De esto modo Giraldi ha llegado a observar una acción constante y eficaz del $H^2 0^2$, variable según el grado de concentración, un aumento de la relación entre la ácidez total y el HCI libre en las comidas modificadas por el $H^2 0^2$, en comparación con las comidas normales; la disminución del poder péptico del jugo gástrico; la corta duración inhibidora del $H^2 0^2$.

La segunda de estas observaciones tiende a demostrar que el $H^2 0^2$ tiene una acción electiva sobre el HCI libre, lo cual es importante en la práctica; ésto prueba, en efecto, que la unión de los albuminoides y del HCI se produce normalmente a pesar de la presencia del $H^2 0^2$, pues ésta última no asimila sino el exceso de secreción clohídrica.

En cuanto a la brevedad de acción del $H^2 0^2$, es compensada por la facilidad con que se administra el remedio; de tal suerte, que con muy pequeñas dósis se puede mantener la proporción de HCI en límites normales durante la hipercloridia. Bastará al efecto, mezclar con la bebida dos cucharadas pequeñas de $H^2 0^2$.

En suma, se puede afirmar que, el $H^2 0^2$, es un remedio excelente, de administración fácil y de dosificación cómoda contra la hipercloridia. Su acción pronta y segura

no va seguida de ningún efecto secundario nocivo sobre las funciones gástricas, ni sobre el organismo en general".

(Gaz. degli Ospedali delle Cliniche).

——oxo——

CONFERENCIAS

El Dr. Pedro Gutiérrez **Igaravídez**, cuyos estudios acerca de la Tuberculosis le dan competencia especial para tratar de esta enfermedad, desarrolló en el Gimnasio de la Y. M. C. A., el tema de la profilaxis de esta temible plaga blanca, insistiendo en que el desarrollo físico metódico, obtenido por el ejercicio derigido científicamente, contribuía a darle al organismo mayor resistencia para todas las infecciones y por de contado para la causada por el bacilo de Koch.

Los jóvenes escucharon con atención al Dr. Gutiérrez, quien fué aplaudido calurosamente.

El Doctor Jorge del Toro habló en el Gimnasio del Y. M. C. A., en la noche del miércoles, 17 del actual.

Su conferencia versó sobre el importante tema de la digestión, en sus relaciones con la salud y con el estado psíquico del hombre.

La importancia del acto de la masticación, uso de los jugos gástricos, asimilación y dieta, fueron examinados por el Dr. Toro en su discreta disertación, que fué oída con gusto por los alumnos presentes en el Gimnasio.

El Dr. Toro fué calurosamente aplaudido.

Estas conferencias dadas por los médicos, han sido hasta ahora un éxito. Nuestros profesionales médicos no han escatimado su concurso a esta obra educadora, y la juventud ha respondido asistiendo a dichos actos con manifiestos deseos de aprender.

——oxo——

REVISTA DE LOS HOSPITALES.

Trabajos efectuados en los Hospitales Municipales de San Juan, durante el mes de Enero último:

Enfermos pobres admitidos durante el mes de Enero	124
Enfermos pudientes admitidos durante el mes de Enero......	27
Total	151

Enfermos pobres dados de alta durante el mes de Enero:

De Cirujía	71
De Medicina	32
De Partos	15
Total	118

Resultado al salir de la institución;

Curados	94
Mejorados	11
Iguales	6
Fallecidos antes de las 24 horas..	2
Fallecidos después de las 24 horas.	5
Total	118

Las operaciones practicadas fueron las siguientes durante el mes de Enero último:

Ventro fijaciones de la matriz ...	2
Histerectomías subtotales por varias causas	3
Salpingo ovarivotomía doble.....	8
Sección vaginal posterior	1
Fístula recto vaginal	1

Fístula vesico vaginal	1
Curetages de la matriz	5
Yeyunostomía de urgencia	1
Hernias; operación de Bassini	3
Apendecitomías	4
Traqueotomía; extracción cuerpo extraño de un bronquio	1
Extracción de una bala de la articulación de la rodilla	1
Radical para hidrocele doble	2
Uretrotomía externa (cálculo uretral)	1
Uretrotomías internas	2
Trepanación antrum de Highmore	1
Operación radical de hemorroides	1
Extracción cuerpo extraño de la mano	1
Tonsilectomías	2
Punción y aspiración pio-artritis rodilla	1
Amputación del pecho	1
Flegmón difuso del cuello	1
Amputación de dos dedos	1
Circuncisiones	2
Disección quiste sebáseo	1
Extirpaciones de ganglios linfáticos	8
Incisión y drenage de abscesos	7
Sutura y cura de heridas accidentales	4

OPERACIONES DE OBSTETRICIA:

Inducción parto prematuro, eclampasia)	1
Abortos incompletos	2
Aplicaciones de forceps	2
Total	67

Dr. José S. Belaval.
Director de los Hospitales.

———oxo———

(Hospital Municipal de Yauco.)

———

Durante el mes de Enero de 1914 ingresaron en este Hospital, treinta y nueve (39) enfermos, clasificados en la forma siguiente:

Varones de diferentes edades, desde 8 años hasta 73 años	20
Hembras de diferentes edades, desde 14 hasta 50 años	11
Procedentes de la Zona Urbana	12
Procedentes de la Zona Rural	27

CLASIFCACION POR ENFERMEDADES.

Contusiones diversas	5
Heridas diversas	6
Sífilis en segundo y tercer grados	3
Fractura de la pierna	1
Abcesos de la mama	2
Tuberculosis Pulmonar	3
Abscesos del Psoas	1
Abscesos de la Encía	1
Erisipela del Muslo	1
Apendicitis Aguda	1
Fibroma Uterina	1
Fiebre Gástrica	1
Fiebre Paratífica	1
Asma Bronquial	1
Insuficiencia Mitral	1
Parto Fisiológico	1
Adenitis Inginal	2
Total,	39

RESULTADO DEL TRATAMIENTO.

Curados	22
Mejorados	4
Fallecidos	1
En Tratamiento	12
Total,	39

Yauco, Febrero 1, de 1914.

Por el Dr. Rafael *GATELL.*

———oxo———

SOCIAL.

Saludamos afectuosamente al al Dr. E. Verges Casals que ha regresado de Europa con su familia, y de nuevo vuelve a la práctica de su profesión.

Han ingresado como miembro de la A M. de P. R. los Dres. Dr. J. F. Morse de Guánica, el Dr. Celso Caballero y el Dr. Gulliermo Barbosa de San Juan.

——oOo——

("NECROLOGIA").

Registramos hoy la muerte del doctor B. Córdova, ocurrida en el Hospital Municipal, a donde había sido trasladado desde Moroyis, su residencia.

Fué un Puertorriqueño ilustrado que ejerció su profesión con talento, y tomó parte en todo movimiento para el cual es necesario poseer altruismo y nobleza de pensamientos.

El Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, como órgano de la clase médica del país, lamenta la pérdida del ciudadano y del médico inteligente.

NOTICIAS.

PESTE BUBÓNICA EN LA HABANA.

Según noticias oficiales recibidas en la Oficina del Servicio de Sanidad Marítima, han ocurrido en la Habana, dos casos de Peste Bubónica.

Las autoridades locales de Cuba y las de Wáshington han tomado medidas Sanitarias conducentes a evitar la propagación de la enfermedad y que sea llevada al exterior. En los puertos Norte - Americanos se observarán las medidas cuarentenarias más extrictas.

AÑO X MARZO 1914. No. 96.

Boletín de la Asociación Médica de PUERTO RICO.



ORGANO OFICIAL.

PUBLICACION MENSUAL.

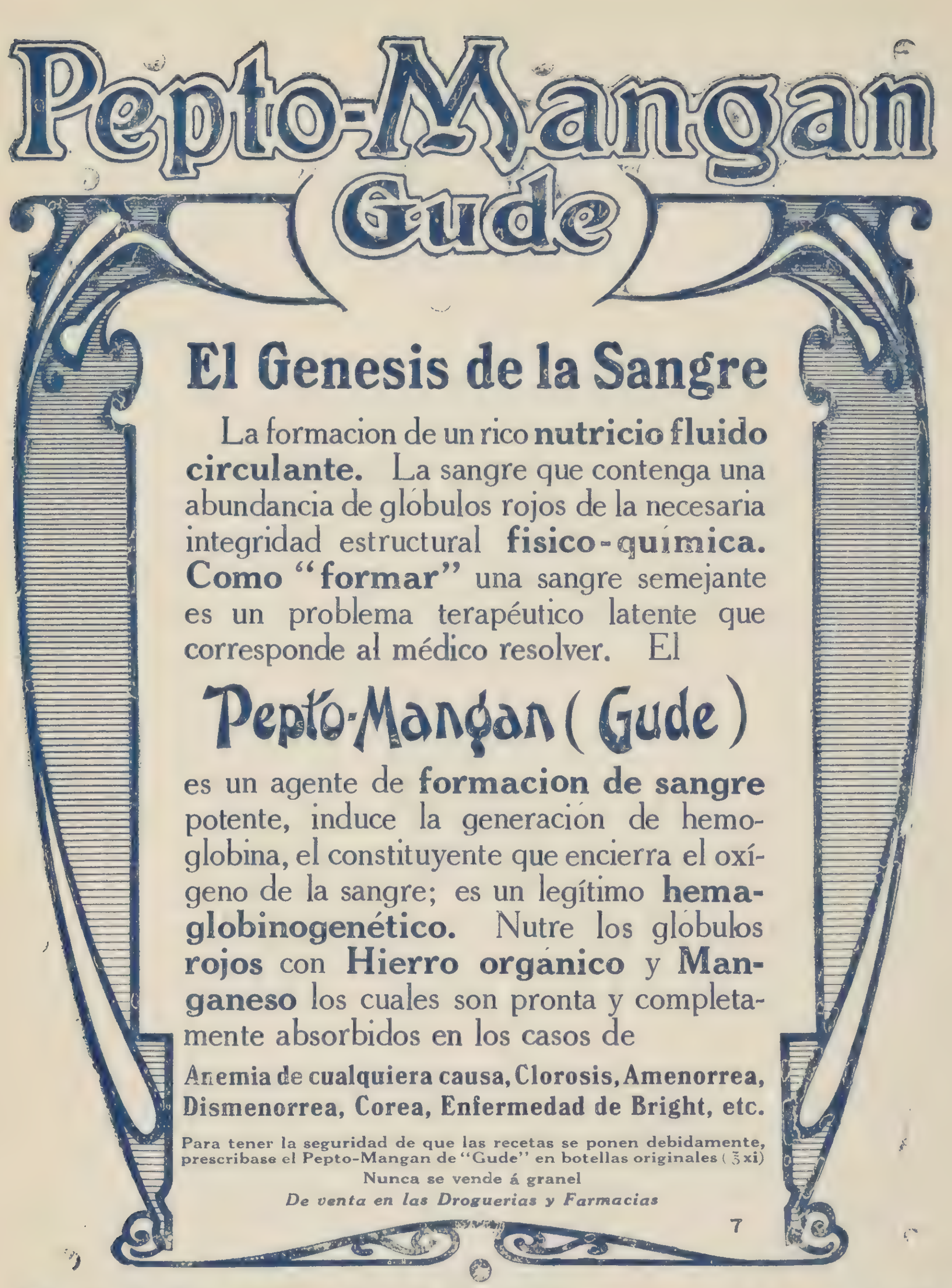
SUMARIO



LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL EDITOR.

De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica.

Redacción: Luna 41. Box 1306. San Juan, Puerto Rico.


Pepto-Mangan
Gude
El Genesis de la Sangre
La formacion de un rico **nutricio fluido circulante.** La sangre que contenga una abundancia de glóbulos rojos de la necesaria integridad estructural **fisico-química. Como "formar"** una sangre semejante es un problema terapéutico latente que corresponde al médico resolver. El
Pepto-Mangan (Gude)
es un agente de **formacion de sangre** potente, induce la generación de hemoglobina, el constituyente que encierra el oxígeno de la sangre; es un legítimo **hemaglobinogenético.** Nutre los glóbulos **rojos** con **Hierro orgánico** y **Manganeso** los cuales son pronta y completamente absorbidos en los casos de
Anemia de cualquiera causa, Clorosis, Amenorrea, Dismenorrea, Corea, Enfermedad de Bright, etc.
Para tener la seguridad de que las recetas se ponen debidamente, prescribase el Pepto-Mangan de "Gude" en botellas originales (℥xi)
Nunca se vende á granel
De venta en las Droguerias y Farmacias
7
M. J. BREITENBACH CO., NEW YORK, U.S.A.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO X. MARZO 1914. NUMERO 96.

A CASE OF "PERNICIOUS ACCESS OF FILARIAL LYMPHANGITIS MISTAKABLE WITH BUBONIC PLAGUE".*

BY I. GONZALEZ MARTINEZ, M. D.,

Director of the Biological Laboratory of the Service of Sanitation.

San Juan, Porto Rico.

Rafael Paris, a child of 10 years old, reported as a case suspicious of bubonic plague, entered one of the pavillions of the Quarentine Hospital at 12 noon, January 28th.

Two hours and a half later, the Director of Sanitation and the undersigned examined him.

A careful observation of the symptoms, and exploration of the painful zones in the groins brought us to the conclusion that the diagnosis of plague was probably incorrect. But at the same time we were convinced that the suspicions of Dr. Dobal, the attending physician in the case, were justified; because painful glandular infarcts, sudddenly appearing in the groin of persons living in tropical regions where previous epidemics of bubonic plague have been registered, may and should be considered as suspicious, provided that, as in this case, said infarcts take place in persons not affected with venereal diseases or ulcerative or inflammatory processes of the inferior extremities, and especially when accompanied by serious general symptoms such as fever, delirium and stupor.

We found the little patient very seriously ill. He was lying in dorsal decubitous with the right thigh flexed on the abdomen, unconscious, and stuporous; the expression in the eyes was vague and irresolute, and in answer to questions only whispered incoherent phrases were elicited. The pulse was uncountable, the temperature exceeded 39.5 Co. subsultus tendonorum were almost continuous and a quiet delirium gave evidence of the exhaustion of cerebral centers now thoroughly intoxicated.

And as a complement to this sad pic-

* Published by permission of the Director of Sanitation, of Porto Rico.

ture, the involuntary emission of fecal material and liquid diarrheal products, abundant, dark and fetid, impregnated the bed clothing.

Locally we observed only two small glandular infarcts in the region of the right groin. These were excessively painful on palpation, and pressure, no matter how light, awakened the patient from his stupor, and caused him to complain and sometimes to cry out.

The patient was in fact overwhelmed by the fierce onset of some virulent toxin, and was succumbing to the inevitable narcosis of death which promised in a few hours to terminate his short existence.

It was necessary therefore to proceed rapidly in order to diagnose **ante mortem** if possible, the cause which although not absolutely known was suspected, of such a formidable and singular pathological process.

The manner in which the attack began, with strong chill, hyperpyrexia, thirst, and later vomiting, all rapidly followed by delirium, stupor, and profuse diarrhea, clinically excluded the diagnosis of any ordinary form of **bubonic plague** in spite of the intense pain localized in the region of the right groing and the hardly perceptible infarct of the inguinal glands. To those accustomed to follow the course of an epidemic of plague, there was no possible confusion except with septicemic forms with poor local reaction. But in such case, the experimental inoculations, **in vita**, and the **postmorten** examination of the subject would openly resolve all doubts.

This was the conclusion at which the Director of Sanitation and myself arrived.

On the contrary, the sudden attack, the suggestive history of its progress during the past 24 hours and the suspicious syndrome presented, impressed upon our mind the belief that we were facing a case of **pernicious filarious lymphangitis.**

I was informed afterwards that the same suspicion had passed through the minds of Doctors Gutiérrez Igaravídez and Zavala, who independently and upon different occasions examined the case.

We felt obliged therefore to conduct our investigations in both directions; because the Etiology and pathogenic problems had exceptional importance from the sanitary standpoint as well as for that affecting the Nosography of the country.

The matter had immense importance for the Service of Sanitation, because no one can fail to see the great social and economical disorder brought to the Island by a new case of bubonic plague under the present circunstances. And for our special Nosography the positive confirmation of the existence of these **pernicious forms of the endemic lymphangitis of filarious origin,** had also extreme interest.

Upon concluding our examination of the patient, we were informed that 100 c.c. of urine had been extracted from him by catheter, which urine was ordered to be taken immediately to the Biological Laboratory for chemical and microscopical examination. My technical assistant, Mr. J. Loubriel proceeded with the chemical analysis,

and I with the microscopical examination of the sediment, while Doctors Francisco Hernández and R. Bernabe, both assistants in the Biological Laboratory, and the former at present in charge of the special work in the diagnosis of plague, were occupied in taking specimens, and in making the necessary experimental inoculations.

In the dense and reddish urine (1,024) Loubriel only discovered traces of sero-albumin, but in the sediment I verified the presence of the following histological elements: fairly numerous erythrocytes, a number of leukocytes in proportion to the frequency of red corpuscles,fairly numerous epithelical cells of the **tubuli contorti**, some of the renal pelvis, moderate number of hyalin cast, a few finely granular casts, fairly numerous irregular crystals of uric acid, **and a most unique and intersting** find, lying near one of the edges of the preparation there appeared a beautiful specimen of Lewis and Mason **microfilaria nocturna**, embryon of **filaria bancrofti**.

And I say most interesting because such a find was instrumental in proving the brilliant confirmation of the clinical impression which I, together with Doctors Zavala and Gutiérrez Igaravídez had experienced on seeing the case.

There was no possibility of the confusion between specimens of urine, as was suggested by one of our colleagues, because on that afternoon we had no other urine in the laboratory for analysis, nor can it be supposed that contaminated centrifugalizing tubes were employed, or carelessness in the collection of the specimen, because in addition to the fact that our personnel is competent and knows its duties, we are confident that all the operations were accomplished with exquisite cleanliness from the moment of the catheterization up to and including the microscopical examination of the sediment.

Thus identified, the **microfilaria** discovered in the sediment of a urine which was not chylous, served to eliminate all doubts in the matter, and removed the veil which had obscured the diagnosis in its first moments.

But the presence of the filarial infestation did not however exclude the possibility that said pernicious lymhangitis might be a local syndromic expression of septicemic plague.

Realizing this, Ie intrusted an employee of the Institute of Tropical Medicine, Mr. Damián Artau, in case Rafael Paris lived until nine o'clock that night, to collect at that hour several specimens of fresh blood from him, and in agreement with the Director of Sanitation, Ie, together with Dr. Gutiérrez Igaravídez, who had been invited by us, and Dr. Francisco Hernández, decided to practice the autopsy as quickly as possible after death, providing the same did not occur at an unseasonable hour.

On the morning of the 29th Doctors Ashford, Gutiérrez Igaravídez, and I succeeded in confirming the preesnce of numerous embryos of the **filaria nocturna** in the fresh specimens of peripheral blood collected by Minor Surgeon Artau on the previous evening. But when with such investigations the

diagnosis of **filariasis** had been made in such an unquestionable manner, five hours had elapsed since the unfortunate boy had ceased to exist. In fact his death occurred this same morning at 3 a. m., during the coma and subnormal temperature following a period of delirium, convulsions, and hyperpyrexia of the afternoon and evening before.

Dr. Hernández and myself began the autopsy at 9 a. m., that is, six hours after the decease, assisted by Doctor Bernabe and Minor Surgeon Artau. There were present the Director of Sanitation, Dr. W. F. Lippitt; Dr. W. W. King, the Chief of the U. S. Public Health Service in Porto Rico; the members of the Institute of Tropical Medicine and Hygiene of Porto Rico, Doctors P. Gutiérrez Igaravídez and B. K. Ashford; Doctors Zavala and Gomez Brioso of the Insular Service of Sanitation, and Doctor Dobal, physican of the deceased.

The operation lasted three hours, during which we were enabled to gather the following facts:

The case under observation was a child well constituted, appearing to be 12 years old, and without any sign of traumatism of the skin, nor ulcerated lesions of the trunk, nor extremities. The post mortem rigidity was complete, and lividity had begun to appear in several places, but principally in the inguino-abdominal regions of the right side.

Our attention was first attracted to this zone because during life it was the only location wherein there were local manifestation of pain and inflammation which would give rise to a reasonable suspicion of Yersinian infection as maintained at first by Dr. Dobal. Furthermore, in this same region Dr. Hernández had punctured a gland in seeking the necessary material for a bacteriological diagnosis.

We incised the skin and cellular tissue, dissected away the flaps on either side, and thus exposed the **cluster of glands in Scarpa's triangle** as well as the inguinal group. They appeared intensely red and congested, some of them larger than normal, all lightly enveloped in a gelatinous magma, and upon section exuded a transparent lymph. The red and congested track and the lymphatic flow could be observed to continue under Poupart's ligament along the line of the iliac vessels to within the abdominal cavity.

We thoroughly dried nearly all the right ganglionic group, and preserved half in 95° C. alcohol and the other half in Zenker's solutions. The groups on the left were also dissected out and preserved in the same manner.

This finished, we proceeded with the operation on the thoracic and abdominal cavities. In the thorax we found the lungs to be of a normal appearance, without signs of inflammation, and the heart and pericardium also completely normal. The thymus, to the contrary, was voluminous. Resolving to exsect the right lung in order to obtain specimens from different parts of the viscus and slides of its substance; we ligated the veins of the hilum, made a rapid section, and removed same. Provided with forceps and scissors we

removed a small piece of the parenchyma near the pedicle, and passed it over the surface of several clean slides, wetting it from time to time with blood from the pulmonary veins.

Dr. Ashford, interested in the study of blood and pulmonary tissues of these fatal cases of filiariasis, also obtained a good number of preparations. Specimens of parenchyma, removed from the vicinity of the hilum, and from various parts of the lobules were preserved in Zenker's solution and 95° C. alcohol for future histological study.

Without removing the heart we cauterized the external surface of the left ventricle with the blade of a bistoury at dark red heat, and cut into this cauterized surface with a knife sterilized at the flame, and through this small aperture Dr. Hernández introduced an inoculation needle for the purpose of taking specimens of blood from the interior of the ventricular cavity so as to inoculate various culture media. Several smears were also made of this blood.

The thymus, already mentioned as being voluminous, was extracted whole, divided into small pieces, and preserved in Zenker's and alcohol.

In the abdomen we noticed that the liver, pancreas, and spleen presented a normal color, but the kidneys were congested and enlarged, the mesenteric glands enlarged, and the retroperitoneal glands red, infarcted, infiltrated, and covered with an edematous cellular tissue. The bladder contained scarcely 100 grams of urine. The biliary vesicle was filled with bile. The liver weighed 830 grams, and after resecting the gall bladder, previously ligating the cystic duct and tributary vessels, in order to make cultures of its contents in the laboratory, we removed several fragments which were Zenker's fluid and alcohol. Submerged in.

The spleen weighed 50 grams. An area of 4 centimeters of its peritoneal surface was cauterized with the blade of a bistoury at dark red heat, and then the extremity of a sterile platinum shaft was sunk in the parenchyma in order to obtain pulp free from external contamination so that different culture media might be inoculated. We succeded soon after in withdrawing a bulky fragment with forceps, which we rubbed over the skin of the abdomen of two guinea pigs, previously dry shaved and lightly scarified. Specimens of this organ were also submerged in Zenker's fluid and alcohol. From the kidney and supra-renal capsules small sections were also placed in the same preserving fluids.

The dissection of the retroperitoneal glands was hastily done, due to the advanced hour. Not being able to stop to make a minute and prolonged investigation, as would have been necessary in order to find and separate the harboring places of adult parasites, we limited ourselves to gathering the largest possible number of glands and their lymphatics, which we preserved in Zenker's fluid and alcohol. The same practice was adopted with reference to the mesenteric glands.

While Dr. Hernández and I were advancing with our work of the autopsy, Dr. Gutiérrez Igaravídez was rapidly

examining a number of smears from the lung and heart, stained by the Romanowsky method, in all of which he found numerous **microfilaria,** but with the singular circumstance that while the slides from the lungs were literally crowded with embryos, those smeared with the blood of the heart exhibited a very considerable diminution in number.

The results of the bacterial and experimental investigation obtained with the specimens secured **in vita** and during the post-mortem examination were as follows:

No. 1.—The microscopical examination, made by Dr. Hernández, demonstrated the **absence of bipolar staining bacilli** in the glandular substance, in the blood of the great vessels, and in the fluids of the viscera.

No. 2.—Tre incubation and the careful inspection, also attended to by Dr. Hernández, of the special media inoculated for the purpose of the **bacteriologic diagnosis of plague, was also absolutely negative.**

No. 3.—The experimental inoculations of the guinea pigs with the glandular fluids, **in vita,** and with the splenic pulp, **post mortem,** hypodermically in the former case, and by way of the skin in the latter, **did not produce any alteration whatever in the physical condition of the animals,** so I am informed by Dr. Hernandez, and therefore, after 7 days study, must perforce be considered as negative.

No. 4.—The cultures made by us with different culture media, with the object of investigating the presence of other-organisms in the blood of the heart, and in the contents of the bile bladder, proved to be sterile after several days of incubation at 37o. C.

No. 5. — The cultures of splenic pulp rapidly developed as typical colonies of **bacilus coli comunis.**

Thus, in this manner, by definitely excluding the diagnosis of plague and of other basteriemias, we were enabled by anatomical and laboratory methods to confirm our first clinical impressions. A more composed study of all the concurrent circumstances in this exceptional case leads us to deduce, from the clinical data, and from the autopsy and microbiological work, the following conclusions:

1st.—That Rafael París died within a period of 36 hours from some irresistible and pernicious paroxysm which was **not of malarial origin.**

2nd.—That the disease which caused this rapid death cannot be confounded, in spite of the painful adenitis of the right inguinal region, with one of the common forms of Bubonic plague.

3rd.—That such confusion could only have been possible with the septicemic form.

4th.—That this was our opinion, as was also that of the Director of Sanitation, as well as the Physicians of the Service in charge of the bacteriological diagnosis.

5th.—That in case of a plague septicaemia an early autopsy would have dispelled all doubts and thus fixed upon the right diagnosis.

6th.—That the clinical syndrome, and the unusual violence of the attack, in-

clined us notwithstanding to consider the presence of an eudemic pernicious lymphangitis rather than of a plague septicemia.

7th.—That my finding of the embryos of filaria nocturna in the urinary sediment of the patient gave considerable value to this theoretic supposition.

8th.—That the presence of a great number of microfilaria in the blood of the peripheral circulation, demonstrated in blood which had been collected during the night, and confirming the findings in the analysis of the urine, proved without doubts the diagnosis of a filarian infestation.

9th.—That the presence of a filariasis however did not exclude the possibility of a concomitant plague septicemia.

10th.—That upon this supposition the autopsy was imposed upon as a fortiori, as the only means of resolving the doubt.

11th.—That the lack of any visible pathological alterations in the viscera, and especially in the spleen, liver, and lungs, dissipated all ideas of it being any form whatever of bubonic plague.

12.—That the absence of Yersin's bacillus in the microscopical praparations obtained from the glandular fluids, in vita, and of the visceral pulp, post mortem, excluded more and more the remotest probability of its being plague.

13th.—That the entirely negative results of the experimental inoculating of guinea pigs in vita, with the glandular fluids, and post-mortem with the splenic pulp, and the failure of microbian colonies to develop in the media especially prepared from both, definitely excluded the diagnosis of plague.

14th.—That the absence of strepto or staphylococci, and of all bacillary forms in the blood of the general circulation taken from the heart, also excludes any such bacteriemia caused by aerobic microbes.

15th.—That the presence of coli-bacili in the splenic pulp lacks importance and has no pathological significance in this case, because it is a microbe which normally invades the organs, and especially the spleen of a cadaver a few hours after death. It must be taken into account furthermore that the autopsy commenced six hours after death, and if this microorganism had been in movement it would also have been found in the blood of the heart, and in the contents of the bile bladder.

16.—That logically therefore, according to the findings in the anatomo-pathological examination, and the result of the bacteriological investigation, the only real cause of the death of the child Rafael París that can be accepted is endemic pernicious lymphangitis of filarial origin.

17th.—That this fact has exceptional importance for the nosography of the country, because, contrary to the general opinion of many investigators, if proves (providing no other cause for the death can be found) that certain forms of filarial lymphangitis, without the assistance of other complicating microorganisms, may per se rapidly kill its host.

18th.—That it is also important because it shows the occurrence in Porto Rico of those grave and pernicious

forms of tropical lymphangitis of filarial origin described by the Brazilian authors under the name of **endemic** lymphangitis, and by Mazaé-Azema, of the "Reunion", by the name of **generalized intra-ganglionar lymphangitis.**

19th.—And still more important is the fact that our diagnosis may be sustained without objection. Because if it is true as the Brazilian authors and the physican of the "Reunion" have it that endemic plague exists in both countries, the lack of bacteriological diagnosis would inevitably cause confusion between atypical forms of plague and serious cases of **elephantoid fever,** whereas in our case this argument may be thrown aside, because the complete study both microscopically and bacteriologically, **ante** and **post mortem,** accomplished by competent and experienced physicians, and following procedures established in the laboratory for the diagnosis of Bubonic Plague, is the base upon which I support my contention.

ENTOMOLOGIA Y PROFILAXIS

POR EL DR. F. DEL VALLE ATILES.

Cada día adquiere mayor importancia el estudio biológico de los insectos, en relación con la profilaxis de las enfermedades. Tan pronto como quedó demostrado el papel de portadores de micro-organismos patógenos que ejercen los insectos, la entomología adquirió preponderancia extrema en la medicina preventiva; pues sin tener un conocimiento exacto de cuanto concierne a la historia, vida y hábitos del insecto huésped o vehículo del gérmen actor en comunicar la enfermedad, se harían trabajos ineficaces para evitar ésta; resultando de ello una pérdida económica, energías infructuosas, que nos conducirían a resultados desconsoladores; para evitar la infección de un gran grupo de enfermedades y de las más serias por cierto, son necesarios el conocimiento y comprensión completos de tres factores: la enfermedad, el parásito y el insecto.

Para los que residimos en países tropicales, el estudio de los insectos es del mayor interés, ya que éstos son tanto más numerosos cuanto más cálida es la zona en que habitan. Son legión los insectos de toda clase que hacen la vida en los trópicos molesta. Mosquitos, moscas, pulgas, chinches cuya vida queda suspendida en los climas templados durante el invierno, permanecen activos todo el año en los trópicos, produciéndonos molestias, causándonos desagrado y siendo instrumento de trasmisión de no pocas dolencias.

Lo primero que a uno se le ocurre es pensar en la utilidad que pueda haber reportado al mundo la existencia de los insectos, y no la halla. Cierto que no ha faltado quien asigne a la mosca doméstica, que todo lo ensucia y contamina, un papel útil en la adivinación del tiempo, y hasta en la curación de las enfermedades; la calvicie ha sido una de las deficiencias humanas para la que se ha empleado la mosca; y aqui, en Puerto Rico, hemos visto aplicar el abdómen de una mosca para favorecer la supuración de los orzuelos y su curación.

Por lo demás las moscas han merecido el honor de distraer al emperador Domi-

ciano, quien parece haber sido un gran cazador de moscas, las que se entretenía en conservar atravesadas por medio de una aguja; también según creencias viejas, el mismo Ser Supremo se dignó utilizarlas para castigar algún pueblo como el egipcio. En esta creencia se puede reconocer que ya en tiempos remotos se consideraba a las moscas como animales molestos y dañosos, capaces de producir enfermedades.

La patología vegetal también ha utilizado los conocimientos entomológicos, y de éstos se aprovecha la agricultura para evitar enfermedades de las plantas que ocasionarían grandes pérdidas económicas. En nuestra Isla se ha empezado a reconocer al entomólogo la importancia que le es debida en la economía agrícola, pues ya los azucareros tienen establecida una oficina dedicada a este asunto.

Lo hecho por los plantadores de caña de azúcar tiene aplicación al país en general desde el punto de vista sanitario y de la medicina preventiva. No basta, a nuestro juicio, que en otros países se hayan estudiado los insectos en relación con la patología humana, sino que debemos hacer el estudio de los que habitan nuestra Isla, pues aunque algunos sean iguales a los ya estudiados, no cabe duda de que pueden existir variedades y hasta especies que siéndonos propias nos interese conocer. Sabido es que si bien hay insectos capaces de servir de vehículo mecánico de micro-organismos distintos, los hay que no comunican sino una clase de ellos, según su variedad. El ejemplo más claro de esto nos lo proporcionan los mosquitos, no menos molestos y numerosos que las moscas en algunas regiones, como a orillas del Orinoco en donde el saludo matutino corriente cuando se encuentran dos amigos por la mañana es preguntarse: ¿Cómo es han portado los jankudos y los mosquitos?

Cuando tuve a mi cargo la dirección de Sanidad, uno de mis empeños fué empezar una campaña contra los mosquitos; mas hallándome con la dificultad primera, la de tener un conocimiento exacto de cuáles variedades habitaban entre nosotros, hube de recurrir a Washington para una clasificación de los mosquitos aquí coleccionados; carecíamos de una oficina de entomatología como aún se carece, según se ha visto por la necesidad que ha tenido el Departamento de Sanidad actual, de recurrir al mismo procedimiento que entonces yo utilicé.

Por aquella época aún se ponía en duda, no sólo por el vulgo, sino por algunos profesionales, el papel del mosquito en la trasmisión de la fiebre amarilla, del paludismo, y de la misma filaria—no obstante hallarse el parásito en la sangre de los mosquitos—el dengue, etc., lo que hoy es una creencia corriente, por nadie discutida.

Nosotros creemos que todo Servicio Sanitario para estar organizado de un modo completo debería de contar con un entomólogo; especialmente en lo que se refiere a la rama de enfermedades tropicales cuya oficina ya funciona entre nosotros y de la cual hemos de esperar grandes beneficios.

Por momentos se exiende el campo de acción reconocido a los insectos que actúan en perjuicio de la salud del hombre. A los mosquitos y moscas de varias clases, se unen las pulgas, las chinches, los piojos, las garrapatas; responsables de la propagación de la peste, la tuberculosis, lepra, tifus, fiebre de recaídas, etc.

Entre las pulgas tenemos en Puerto Rico la nigua (Pulex penetrans) la que, como sabemos, se introduce bajo la piel originando pústulas que llegan a ser gangrenosas en ocasiones. Ahora bien, teniendo en cuenta que todos los animales parásitos que viven sobre el hombre pueden actuar como portadores de micro-organismos, y considerando que todos los parásitos que chupan sagre deben ser considerados como peligrosos por la misma razón, cuando ocurrieron en San Juan los casos de Peste Bubónica, me llamó la atención el hecho en un enfermo que ví y de algunos otros que conocí por referencia, en los que había coincidido la invasión de la peste en sujetos que tenían niguas.

Sobre este asunto llamé la atención privadamente, pero no creo bien estudiado el asuntos ni lo suficiente para asignarle o no alguna relación de causa y efecto al hecho; de todos modos no creemos que sea una cuestión resuelta, y merece que se insista en ella. Sabemos que se negó que la pulga de la rata picara al hombre y luego se comprobó que la aserción no era exacta. Aún suponiendo que la nigua no fuera causante directa de infección pestosa, cabría preguntarse, si las úlceras por ellas producidas no servirían como puerta de entrada para el gérmen llevado por otro insecto: la mosca, por ejemplo.

Este hecho y muchos que permanecen oscuros demuestran que existe un campo vasto inexplorado en la etiología y profilaxis de muchas de nuestras enfermedades, y que para tal estudio es necesaria la cooperación del entomólogo. El entomólogo y el ingeniero son los colaboradores indispensable para toda campaña sanitaria efectiva.

LAS CLINICAS DEL MUNICIPAL

COLECISTITIS AGUDA

DR. JORGE DEL TORO.

Hospital Municipal, número de orden 676, (1913 a 14) J. M. varón, de 18 años de edad, color blanco, soltero, de profesión sombrerero.

ACTO OPERATORIO: El enfermo que nos disponemos a operar ha sido admitido hoy domingo por la mañana. Al pasar visita a la sala, he visto su condición grave y he ordenado la operación inmediata. Vamos a operar un caso de apendicitis aguda en el cual hay ya complicación del peritoneo. El enfermo se encuentra en estado grave, su condición es séptica, a pesar de que la reacción febril no es marcada. El enfermo nos ha dicho que trabaja de noche, que el viernes último hubo de dejar el trabajo por sentirse enfermo con un fuerte dolor de vientre. Que el mismo dolor le había dado hace unos tres meses, pero que etntonces mejoró prontamente. Que desde el viernes por al noche el dolor siguió aumentando y localizándose hacia el lado inferior derecho del abdómen. Que pronto después que se inició el dolor vinieron vómitos y después fiebre. No ha movido el vientre a pesar de haber tomado purgantes y habérsele administrado enemas. Su abdómen está bastante di-

latado, doloroso en todas sus partes y con los músculos abdominales muy contraídos. La presión produce más dolor en el lado derecho, aunque es imposible hacer una exploración por palpación dada la dureza y sensibilidad del vientre. La temperatura es solamente de 37.06 C.; pulso, 130; respiración, 28. Todo el cuadro nos induce a creer que se trata de un caso agudo de apendicitis con perforación y peritonitis.

Hacemos la incisión por el recto derecho, la que hemos practicado ya muchas veces. La cavidad peritoneal está completamente llena de líquido sero-purulento de color amarillo verdoso. Sobre la capa peritoneal del intestino vemos las señales de la peritonitis. Aquí tenemos un apéndice enormemente largo e inflamado, pero está intacto, no hay perforación. Tiene un "Lane kink" que hace dificultosa la apendidectomía. Ya tenemos separada la banda de adherencia, y como la implantación del apéndice está tan hacia atrás, solamente hacemos una ligadura con seda cerca de su base; lo cortamos y cauterizamos la mucosa del muñón con ácido fénico. El termo-cauterio es también útil para cauterizar la mucosa en casos como éste donde no se hace inversión.

Bien; ¿y la peritonitis?, ¿cuál es la causa? Los doctores Avilés y Belaval han dicho "bilis" cuando manó el líquido que contenía el peritoneo. Explorando encontramos que poco más arriba de la región apendicular hay una masa dura llena de adherencias a todos lados. Agrandamos la incisión hacia arriba. La masa corresponde en forma y lugar a la vesícula biliar, pero tiene que estar muy dilatada, pues se siente de gran tamaño y se encuentra muy por debajo del borde costal. Seguramente esto es la vesícula. Empezamos por separar estas adherencias del omento. He necesitado de varias ligaduras para este paso. Aquí tenemos a la vesícula hecha un globo; llena de pus en todo su alrededor y rodeada de asas intestinales adheridas. Las adherencias son recientes y por lo tanto fáciles de separar. Hay varias placas purulentas en la cara inferior de la vesícula y hacia su cuello. La nurse nos tiene lo necesario para intervenir en lo que no esperábamos. Empezamos por hacer la aspiración de la vesícula. La bilis es de color muy oscura y de consistencia viscosa. En parte es casi pus puro, Hemos aspirado unos 125 gramos de bilis purulenta. No han salido ni he sentido cálculos en la vesícula. La exploración del colédoco se hace muy difícil en este caso, dado el estado inflamatorio en que se encuentra el ligamento hepato-duodenal, pero de todos modos los síntomas no indican que haya una obstrucción de este conducto. Alguno de ustedes tal vez piensa que debería en este caso practicar la excisión de la vesícula biliar; pero entiendo que debemos tratar de curar este órgano, siempre que nos sea posible antes de extirparlo. Si hay cálculos en la vesícula biliar, que probablemente los hay en el cuello, ellos saldrán en el curso de las curaciones, y después que la vesícula esté mejor y bien adherida a la pared, la podremos explorar interiormente con toda facilidad. Este es un caso agudo supurativo y hay que tratarlo como cualquiera otra clase de empiema: drenarlo. La colesistectomía es una operación más delicada y nos sería dificultoso y peligroso hacerla en este campo lleno de pus y de adherencias, y además, yo creo que mientras no se demuestre que una vesícula biliar es completamente inservible, no debe extirpársela; debe curársela.

Hacemos una buena "toilette" del sitio mayormente supurado.

Hemos practicado la colecistetomía por el método corriente. Al incindir el fondo de la vesícula biliar ha salido una buena cantidad de bilis mucho más purulenta y oscura que la que obtuvimos por la aspiración. El tubo de drenage que dejamos dentro de la vesícula biliar funciona debidamente.

Por la parte inferior de la herida del vientre dejamos también un drenaje amplio con tubos de goma y gasa. Además de suturar la herida por planos, ponemos varias suturas de hilo de plata como retención. La incisión ha sido extensa, pero hemos podido salvar, mediante la disección, algunos de los neivios que suplen el recto-abdominal.

Curso Post-Operatorio: El enfermo tiene una convalecencia sin accidentes. Durante los primeros días se usó el tratamiento de Murphy-Fowlers: El drenaje de la cavidad preitoneal funncionó bien, habiéndolo dejado cerrar a los diez días. El carácter de la secreción biliar mejoró diariamente. Se obtuvo un buen número de cálculos biliares durante los lavados de la vesícula. Cálculos de colesterina y calcio-bili-rubina.

El enfermo dice no haber padecido fiebre tifoidea o disentería. El tubo de drenaje de la vesícula se retira a los doce o catorce días siguiendo las curaciones por la fístula por la cual continuaron expeliéndose cálculos. A los veinte y dos días, el carácter de la bilis era completamente normal. La temperatura del enfermo fué normal a los pocos días de operado.

Comentarios: En nuestra experiencia hemos visto ya algunos casos de colecistitis concomitantes con apéndices del tipo retrocecal adherente. Sabido es la frecuencia de las infecciones hepáticas secundarias a infecciones apendiculares, las que se presentan lo mismo durante el curso de la apendicitis que durante la convalecencia de las apendidectomías. En los casos agudos de verdadera infección apendicular no es de extrañarse que ocurran estas infecciones matastásicas del hígado, lo raro es su ocurencia en aquellos casos donde no existe realmente un proceso supurativo del apéndice.

En el caso descrito anteriormente, la peritonitis era la causa principal para indicar una intervención pronta. La peritonitis no era causada por la apendicitis sino por la colescistitis, que realmente era un empiema de la vesícula biliar.

Una serie de casos en nuestra práctica nos demuestran la necesidad de explorar cuidadosamente la vesícula biliar en todos los casos donde sospechamos una apendicitis. En los casos crónicos, muchas veces nos vemos en duda si hacer un diagnóstico de apendicitis crónica o de colescistitis, pues los síntomas son tan parecidos, que pueden ser producidos por cualquiera de las dos afecciones. Una palpitación abdominal cuidadosa nos dará mucha información. La ocurrencia de cólicos hepáticos y de ictericia no son síntomas necesarios de la colecistitis. También es conveniente explorar la vesícula biliar durante la operación de apendidectomía, y si ésta se encuentra dura al tacto, o si se perciben cálculos, es un buen plan el drenarla; la operación dura solamente unos minutos, y hecha con destreza no ofrece grandes peligros.

UN CASO DE FIEBRE DE INANICION.

POR EL DR. PEDRO DEL VALLE.

He tenido recientemente ocasión de observar un caso de fiebre, que conviene perfectamente tanto en su sintomatología como en su desarrollo, con la descrita en 1890 por el Dr. McLane y posteriormente por el Dr. Holt. Se trataba de una niña, hija de padres sanos y de robusta constitución, nacida hacía tres meses y alimentada al pecho por la madre. Esta señora, que está dotada de excelentes condiciones físicas y cuya mentalidad se sale del tipo ordinario, ha sido madre varias veces y ella misma ha criado sus hijos sin el más ligero inconveniente durante todo el período de la lactación.

El nacimiento de la última niña fué normal como el de todos los otros y la abundancia de calostro en los senos maternos hacía augurar que la recién nacida podría obtener el inapreciable beneficio de ser criada por su madre y sería tan robusta como sus hermanos. Sin embargo, a mediados del mes de Enero, tuve oportunidad de ver a la niña, a quien no había vuelto a ver desde su nacimiento, y observé que no se criaba tan fuerte como se habían criado sus hermanitos. Al llamar la atención de la madre sobre esto, me dijo que ella había también notado esa circunstancia; pero que como la niña padecía mucho de cólicos y estreñimiento pertinaz, ella había atribuído a estas causas su carácter irritable y el enflaquecimiento. Al interrogarle si ella creía estar dando la misma cantidad de leche que para los otros niños, me contestó que sí; y entonces yo indiqué la conveniencia de un análisis completo de la secreción lactea. Por circunstancias que yo ignoro, o tal vez por olvido no se hizo el análisis en aquella ocasión; pero posteriormente habiendo sido llamado para atender a los otros niños de la casa, atacados simultáneamente de fiebres catarrales, hube de ver también a la recién nacida, la que también estaba con fiebre, aunque sin ofrecer síntomas de catarro. Esta circunstancia me llamó la atención, pero al decirme la madre que su hijita seguía padeciendo del estreñimiento y cólicos, pensé en la posibilidad de que la falta de una expulsión completa de materias fecales, pudiera ser la causa de la fiebre. Hice administrar a la niña una dosis de aceite de ricino y se obtuvo una deposición escasa, aunque de buen aspecto. A pesar de esto persistieron las fiebres, oscilando entre 38 y 39.3 y después que los otros niños estaban ya fuera de cuidado y en plena convalecencia, la chiquitina seguía, según la madre, con sus cólicos ventosos y sus temperaturas anormales. Una tarde en que fuí a verla, y estando hablando con el padre en la sala, oímos llorar desesperadamente a la criatura y entonces se me dijo que estaba con el cólico. Yo les dije que como nunca había tenido ocasión de verla y observarla, iba a pasar a la habitación para poder apreciar mejor lo que le ocurría a la niña. Al entrar noté que la niña se pegaba con ansia al pecho y que inmediatamente y después de dar varios tirones del pezón le soltaba y empezaba a gritar desesperadamente. Repitióse lo mismo otra vez y entonces aproveché para examinar la boca de la criatura y ví que no tenía en ella ni la menor cantidad de leche. El pecho de la madre solo dió unas gotas al exprimirlo.

Hice traer una copita conteniendo agua azucarada e hice que se la dieran a la niña con un cucharilla y se la tomó con tanto placer, que no dejó una gota. Ante esta prueba, hice ver a los padres que la niña no sufría de tales cólicos ventosos, sino simplemente de hambre. La madre no podía comprender esto al principio, pues siempre había criado a todos sus hijos con su leche buena y abundante; pero hice traer un biberón y se le preparó una dosis de leche condensada en proporción de una cucharadita de leche por catorce de agua, y la niña la ingirió con verdadera ansia. Después se quedó profundamente dormida hasta las seis de la mañana del día siguiente en que tomó el pecho y le satisfizo, porque volvió a dormir hasta las nueve de la mañana en que tomó otro biberón. La temperatura este día no pasó de 38.5. Al día siguiente hubo necesidad de dar tres biberones durante el día a la niña e hizo una deposición abundante y amarilla de leche perfectamente digerida. La temperatura no pasó de 37. Al día siguiente, tercero de estar alimentándose en parte con leche condensada y en parte con leche materna, volvió a tener un pequeño acceso febril que duró poco y desapareció, estableciéndose la temperatura normal definitivamente, sin más cólicos ni molestias y quedando corregida la supuesta constipación intestinal.

Posteriormente, en conversación con la madre de la niña, me informó que ella había notado hacía bastante tiempo que su hijita estaba febril, pues se le advertía en el calor anormal del cuerpecito y de la boca; pero que no vino a comprobarlo con el termómetro hasta que los otros niños cayeron enfermos con la fiebre catarral.

El análisis de la leche materna, dió el siguiente resultado:

G. E.	1028
Grasa	1.80 %
Proteidos	2.16 %
Lactosa	6.30 %
Minerales	0.26 %
Agua	89.48 %

Se notará por el resultado del análisis, que hay deficiencia en la cantidad de grasa y aumento en la de agua, estando también los proteidos y sales algo disminuídos y algo aumentada la cantidad de lactosa. Por consiguiente, no solamente era la leche deficiente en cantidad, sino en sus componentes más importantes.

Al estudiar este caso, observaremos que la niña nacida sana, de padres sanos, cuyo peso al nacer era de ocho libras y doce onzas, empieza algunos días después del nacimiento a padecer de cólicos ventosos, que solamente se aliviaban expulsando enormes cantidades de gases. Que la niña, en vez de ganar se mantenía en el mismo peso que al nacer y posteriormente empezó a perder de un modo notable.. Que a pesar del uso de purgantes y enemas administrados con el fin de hacerla evacuar el intestino, las cantidades expulsadas eran escasas o nulas, expeliendo solamente grandes cantidades de gases. Que en estas condiciones se presenta un estado febril, con elevaciones térmicas alarmantes sin que pudiera nunca encontrarse causa que lo justificara. Que al notarse la deficiencia de la leche materna en cantidad y calidad y establecerse una alimentación más nutrida, cesaron los cólicos completamente, desapareció la fiebre, a las veinte y cuatro horas se presentaron deposiciones naturales, abundantes y de buen aspecto, que demostraban una digestión perfecta; y últi-

mamente que el sueño de la criatura es tranquilo, profundo y prolongado, tal como debe serlo en un niño de su edad y está empezando a ganar en peso.

Al tomarme la libertad de ocupar un poco de espacio en el periódico de la Asociación Médica Puertorriqueña, describiendo este caso, lo hago no con otro propósito, que el de estimular a otros compañeros, que indudablemente habrán tenido en su práctica casos similares, a que los den a conocer, pues a mi juicio tienen una gran importancia en pediátrica.

Damos cabida en el presente número el informe presentado a la Asamblea Legislativa, por ios mlembros del Instituto de Medicina Tropical. Los importantes asuntos tratados en la Memoria del Instituto, son de reconocido interés para que nos sea necesario encomiar el trabajo que ofrecemos a nuestros lectores.

PRELIMINARY REPORT OF THE INSTITUTE OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE OF PORTO RICO.

To the Legislative Assembly of Porto Rico. (Through the Honorable, the Governor of Porto Rico.)

The plan of the work of the Institute as at first drawn up consisted of:

First.—Cooperation with the Director of Sanitation in founding a school for sanitary inspectors.

Second.—In conducting an expedition into the Interior for the purpose of combatting uncinariasis and for research in tropical medicine.

Third.—For the working out of problems presented and material gathered during this expedition and the writing of a report embodying our findings.

The headquarters of the Institute was located near the Biological Laboratory of the Sanitary Service in an excellent two-story, cement building, with ten separate cement isolation buildings each containing two private rooms. The main building fronts on the bay and the little isolation buildings lie in two rows in the immediate vicinity. This plant was built for the Insular Quarantine Hospital but the Director of Sanitation gave the Institute acommodations therein and provided that all unoccupied space might be used by patients of the Institute. The personnel of this hospital was in part furnished by the Sanitary Service and in part by the Institute.

The Director of Sanitation invited Doctors Gutiérrez Igaravídez and González Martínez to draw up a program which would serve as a curriculum for his school. This program, after discussion and some modification, was adopted and members of the Institute were invited to act as lecturers. Dr. Gutiérrez Igaravídez on epidemiology and disinfection, Dr. González

Martínez on bacteriology and zoology, and Dr B. K. Ashford of the Army, cooperating with the Institute but not a member thereof, on hygiene and preventive medicine. At the conclusion of the course, comprising a series of twenty lectures, the students were examined. As this school was purely under the Service of Sanitation and the members of the Institute merely cooperated therein, the details will be found in the report presented by the Director of Sanitation.

During this course and for a couple of months thereafter, preparations were being made for the expedition of the Institute into the interior. In preparing for the expedition it was agreed that the Service of Sanitation would furnish the drugs and supplies for the treatment of uncinariasis. This Service also, through its Director, promised to concentrate at our research station four physicians for the treatment of anemia, and their practicantes, in order that they might assist us and at the same time familiarize themselves with the organization and methods of work for the treatment of that disease, which have heretofore been used in Porto Rico and which have served as a model for other countries outside of this Island..

In order to render a full and complete report of all diseases, medical and surgical, presenting themselves in the region which might be selected, it was decided to carry a full field equipment of drugs, chiefly in tablet form, of emergency surgical instruments and dressings, and of such laboratory supplies as might be feasibly used in a country station. The judicious selection of these articles from a large number of catalogues required much time, as also did the delivery of the articles ordered, by the various firms which supplied them. Upon their arrival we promptly established ourselves in the country house of Mr. José María Muñoz, about two kilometers from Utuado, on the road to Adjuntas. This point communicated by trails with Lares, Maricao, Barros and Jayuya, and by highway and trails with Adjuntas, Hatillo, Arecibo and the northern part of Utuado. Although the house was spacious and the owner desirous of comfortably accommodating the personnel of the expedition, it was really too small for the purposes in view, the members being obliged to use for their living quarters the balcony and some small interior rooms. The body of the house, including its best rooms, was converted into a large receiving room and library, a clinical examining room, a clinical laboratory, drug and storerooms.

The reference library of the Institute, comprising some two hundred books and six hundred selected pamphlets, was supplied from the personal libraries of the members, including Dr. Ashford working with them. In this manner the necessity for buying books was avoided.

At the very start it was evident that the treatment of uncinariasis should be separated from the treatment of all other diseases and injuries. In order to do this, it was decided to devote the front balcony to the enrollment of patients, examination of their feces, and the dispensing of medicine to those suffering with uncinariasis. Those, who were, in addition to that disease, found to be suffering with other complaints, as well as those who attended the clinic for other conditions not complicated by uncinariasis, were admitted to the general clinic of the Institute within the house. In this way the more elaborate

clinical and microscopic examinations required could be conducted without the confusion which would have been occasioned by the presence of large numbers for whom a specific remedy could be applied outside of the building.

About three hundred feet away from the house was a two-story servants' quarters which was converted into a thirty-bed hospital, the women patients on the second floor and the men on the first. This hospital was intended to receive:

First.—All patients whose condition was such as to render it dangerous for them to return to their homes.

Second.—Cases demanding continuous observation, careful treatment and study.

Originally the plan of the Institute for the work to be accomplished during its expedition comprised:

First.—Research.

Second.—The establishment of a rural ambulant medical service.

Third.—The education of both planter and peon in the elementary hygiene and the sanitation of home and estate.

Diligent work was done upon the first, but both second and third headings require explanation. We had expected to be able to devote a certain amount of time to visiting the sections from which our patients would come, and in these visits converse with the laborer and his employer on subjects relating to individual hygiene for the prevention of communicable diseases. To this end we were furnished four horses and equipments for same, and an automobile, by which to reach points upon the highways leading into Utuado, but these plans were modified by the manner in which our expedition was received by the people of the district in which we were working. Inasmuch as the personnel of the Institute working at Utuado was known to these people from a previous expedition at that point nine years before, and as they were accustomed to come to us for treatment, the ever increasing numbers which thronged our clinic made the realization of our visits to their homes more and more impossible as time went on. Within a week we were receiving five hundred people a day and in a month certain days brought us over a thousand. Even with the personnel at this headquarters, it was difficult, working as rapidly as possible, to conscientiously attend to all who presented themselves. Only rarely were we able to leave our station and pursue the trails in the vicinity for the objects above stated.

In general terms, those who consulted us did so for various definite reasons. They felt the need of medical attention and this was what animated them to undertake long and even dangerous trips over the mountain trails, in all kinds of weather, which they would not have made, in many instances, even for pleasure. The novelty of being treated for "anemia" had clearly worn off in the nine consecutive years of such treatment in this particular district and yet in spite of the fact that the numerous severe cases of anemia in Utuado seen in 1904 are conspicuous by their rarity, they left their homes and a day's wage in the active coffee-picking season to be examined and treated at our station, with a faith born of previous experience. It should also be added that the country laborer of Porto Rico does not by nature or habit appeal first to charlatans and local superstitious practice for the cure of his infirmities. In the presence of

an active and painstaking corps of men who represent legitimate methods of medical practice, he will promptly apply to them for relief, leaving unskilled practice for those occasions in which he is unable either to secure proper treatment, or any at all. We have seen no lack of faith on the part of the country laborer in reputable medical practice and, on the contrary, believe that the unusually large clinic at Utuado will bear out this statement. In view of the fact that during the first half of our time an average of 625 patients a day attended our clinic, the details of our work may be of interest. The patients upon their arrival were first formed in lines for women and lines for men. Those arriving for their first visit were formed in special lines at the registrar's desk at the entrance of the balcony. These were given a small identification card and a larger clinical card. The identification card remained in the possession of the patient and was his ticket of admission to the clinic as well as our principal means of finding his clinical history upon his return. The larger card was deposited at the desk of one of the physicians at the microscopes situated at the other and of the balcony. The patient, who was required to wait in line for his turn, upon reaching the examiner at the microscope, presented him with both cards; the feces were then examined, notes made on the history written in part by the registrar, and the result of the examination expressed with a clear statement as to eggs of parasites found. The examining physician now questioned the applicant, in order to secure an idea of his disease, and if other than symptoms of uncinariasis were present, he was admitted to the general clinic by means of a special ticket. If the eggs of uncinaria, or of round worms, were present a prescription was written and given the patient, to be filled at the pharmacist's desk with the identification card which was returned to him, the clinical card remaining in possession of the examiner. The pharmacist for this special service filled only these prescriptions and had the previous night prepared doses of all sizes, in quantity, for the large clinic of the following day.

If the patient on arrival at the microscope had not brought his feces at his first visit, the words "Bring feces" were placed at the bottom of the card and the patient given some drug for the relief of his chief symptom, with instructions to bring his little box or specimen upon his return. It was noted that our patients rarely failed to bring this specimen, as all persons were compelled to do so before continuing treatment.

Upon the second and third visits of the patients they were not required to go to the microscopes for examination of their feces, as in the experimental work of the Porto Rico Anemia Commission of 1905 and 1906 it was found that at least three doses of the anthelmintic were usually required to expell 95 % of the parasites. Patients with round worms, however, were obliged to suffer microscopic examination of their feces at each visit. These second and third visit cases were given a repetition of their first prescription therefor as soon as they reached the clinic. This was done at the pharmacist's desk, superintended by a physician who verified their actual physical condition and decided whether the patient could safely take the same dose again. This physician was also custodian of all uncinariasis records and all return-

ing cases were obliged to go first to him. On administering the medicine for the third time, the patient was instructed to bring his feces upon his return. Upon the return of this patient, instead of giving him another dose of his medicine at once, the receiving officer gave him his clinical card and directed him to deliver it to the examining physician with his feces, to determine whether the three doses taken had been effectual in expelling all of his worms. The examining physician at the microscope noted the presence or absence of eggs of parasites and prescribed again if they were present. In their absence, iron pills were given for a week and the same examination was repeated. If on this occasion no eggs were found, the patient was discharged. If he still complained of symptoms, he was referred to the general clinic inside of the house, where the members of the Institute took up his case.

When the identification cards were lost, we had an alphabetical list of names of all patients, with their serial case number given on admission. This list was consulted and a new card was issued.

Patients were received in the above described clinic throughout a period of ten weeks, excepting Sundays which were dedicated to study and hospital and laboratory work. In this period of sixty working days, 10,140 odd patients were received, examined, classified and treated as above described. The members of the Technical Commission of the Institute, Dr. Gutiérrez Igaravídez, Dr. González Martínez and Dr. King, and collaborating with them, Dr. Ashford, represented the Institute.

Their work during the first six weeks, in which about 7,500 persons were treated, was divided between the examination of feces in the special clinic and the more general clinic within the farm house. To be more explicit, about one-half of the time was spent in the microscopic examination of feces, one-quarter in the examining room of the general clinic, and one-quarter in a special laboratory. In the evening, plans were made for the following day, records were completed, reports made, reference books consulted and laboratory studies continued. In the remaining four weeks the physicians of the Anemia Service, bore the main part of the responsibility for the special anemia clinic, the same however being under the professional supervision of the Institute. By reinforcing the working personnel at Utuado by physicians recently appointed for the special Anemia Service, the large crowds were much more easily handled and an important item of expense saved to our appropriation, as otherwise we would have had to secure other physicians and perhaps at salaries which we might have been unable to pay. Special care was taken by the members of the Institute to demonstrate to these physicians all matters of special scientific interest and familiarize them with our methods of running a rural dispensary and the keeping of accurate records of cases seen therein.

The total number admitted to the general clinic of the Institute was about 2,500 but only 1,923 were made subjects of record, as the rest were clearly trivial, or plain cases of uncinariasis. While it is realized that these cases represented the bulk of diseases other than uncinariasis or ascariasis, in the 10,140 treated, it must be pointed out that with a daily attendance of some 600 persons it was not possible

to cull out all or even a considerable majority of the slightly sick from varied infections. This is especially true of certain pathological conditions whose symptoms are vague or whose nature deterred the sufferers from consulting a physician in open clinic. With this and other obstacles to a perfect survey, we nevertheless offer the following list of diseases treated, primarily, as the sum total of work done, but indirectly as presenting a fair estimate of prevalent affections in the region in which we were working.

It very frequently happened that a patient had more than one disease. In this case a primary diagnosis was made of the more important affection and a secondary one of his complicating or intercurrent affection or affections. The full number of secondary diseases treated was 1,991, a total of 3,914 diseases in our 1,923 patients. We have classified them according to their peculiar local importance, as:

	Primary	Secondary	TOTAL
Diseases due to animal parasites	578	1425	2003
General infectious diseases.	82	15	97
Tropical diseases of uncertain origin	25	10	35
Diseases of the skin	280	95	375
Diseases of the digestive tract.	198	96	294
Diseases of the respiratory tract.	183	95	278
Diseases of the eye	114	60	174
Diseases of the ear	18	3	21
Genito-urinary diseases	64	23	87
Diseases of the nervous system	93	62	155
Constitutional diseases	115	39	154
Diseases of the circulatory system and blood	31	8	39
Gynecological diseases.	70	48	118
Surgical diseases	72	12	84
	1923	1991	3914

Diseases due to animal parasites:

	Primary.	Secondary.	TOTAL.
Uncinariasis, (Necator americanus)	307	680	987
Ascariasis, (Ascaris lumbricoides).	44	555	599
Trichuriasis, (Trichuris trichiura)	1	152	153
Strongyloidosis (Strongyloides stercoralis).	—	10	10
Balantidic Dysentery (Balantidium coli)	1	1	2
Oxyuriasis (Oxyuris vermicularis).	2	1	3
Amebiasis (Entameba histolytica	3	1	4
Schistosomiasis (Schistosoma mansoni)	206	22	228
Malaria (Plasmodium vivax	2	—	2
Malaria (Laverania malariae).	6	—	6
Filariasis (doubtful) (Filaria bancrofti)	4	1	5
Elephantiasis	—	1	1
Distomiasis (Fasciola hepatica)	—	1	1
Flagellate diarrhea, species undetermined	2	—	2
	578	1425	2003

General infectious diseases:

	Primary.	Secondary.	TOTAL.
Pulmonary tuberculosis, positive.	56	—	56
Pulmonary tuberculosis, suspected.	1	10	11
Pertussis	4	—	4
Syphilis, acquired.	17	1	18
Syphilis, congenital	2	1	3

Influenza.	1	2	3
Parotiditis epidemica	1	1	2
	82	15	97

Tropical diseases of uncertain origin:

	Primary.	Secondary.	TOTAL.
Sprue.	11	—	11
Sprue, suspected	9	10	19
"La Bonita"	4	—	4
Splenomegaly.	1	—	1
	25	10	35

Diseases of the skin:

	Primary.	Secondary.	TOTAL.
Hyperidrosis, unilateral, of face	1	—	1
Bromidrosis	—	1	1
Seborrhea sicca	3	—	3
Acne.	5	—	5
Urticaria.	3	6	9
Furunculosis	6	5	11
Carbuncle	2	1	3
Erythrodermia exfoliativa.	1	—	1
Impetigo contagiosa	2	—	2
Psoriasis	2	4	6
Keratosis pilaris	2	—	2
Lichen planus	5	—	5
Lichen scrofulosorum	—	1	1
Eczema	65	26	91
Pruritus.	1	1	2
Verruca, feet	1	1	2
Icthyosis	1	—	1
Alopecia areata	1	—	1
Nevus vascularis	2	—	2
Lupus	2	—	2
Favus.	1	—	1
Lipomatosis	—	1	1
Tinea, in general	31	6	37
Pityriasis versicolor	2	2	4
Scabies	—	2	2
Pediculosis corporis	1	—	1
Pyosis tropica	45	5	50
Chloasma.	1	4	5
Ecthyma	2	—	2
Pompholyx	1	—	1
Dysidrosis.	1	—	1
Ulcer, leg and foot	47	19	66
Ulcer, nostril	1	—	1
Ulcer, scalp	1	—	1
Vitiligo	1	2	3
Mazamorra	1	2	3
Hypertrophy of breasts	1	—	1
	242	89	331
Unclassified.	38	6	44
	280	95	375

Diseases of the digestive tract:

	Primary.	Secondary.	TOTAL.
Stomatitis.	12	14	26
Stricture of esophagus	1	—	1
Gastric ulcer	1	—	1
Dyspepsia	35	16	51
Entero-colitis, infantile	60	8	68
Entero-colitis, adults	36	4	40
Gastritis	—	1	1
Cholecystitis.	2	—	2
Duodenitis, catarrhal	2	2	4
Cirrhosis, liver	1	1	2
Proctitis	—	1	1
Hemorrhoids.	9	5	14
Papilloma, rectum	1	—	1
Prolapse, rectum	—	6	6
Auto-intoxication.	38	38	76
	198	96	294

Diseases of the respiratory tract:

	Primary.	Secondary.	TOTAL.
Epistaxis.	—	1	1
Anosmia	1	1	1
Foreign body, nose	1	—	1
Acute rhinitis	2	1	3
Chronic rhinitis	15	14	29
Fibrous polyp, nose	—	1	1
Hypertrophy of uvula	2	—	2
Sinusitis, antrum.	1	—	1
Adenoids.	1	7	8
Chronic pharyngitis	7	2	9

Acute amygdalitis	1	1	2
Chronic amygdalitis	7	4	11
Chronic laryngitis	3	4	7
Paralysis, vocal cords	1	—	1
Foreign body, trachea	1	—	1
Asthma	46	8	54
Bronchitis	93	51	144
Broncho-pneumonia	1	—	1
	183	95	278

Diseases of the eye:

	Primary.	Secondary.	TOTAL.
External strabismus	—	1	1
Conjunctivitis	31	18	49
Trachoma	66	31	97
Blepharitis marginalis	2	2	4
Chalazion	2	—	2
Keratitis diffusa	2	1	3
Dacryocystitis	3	1	4
Refractive error	2	2	4
Night blindness	—	1	1
Amaurosis	—	1	1
Ulcer of cornea	4	1	5
Foreign body in eye	1	—	1
Staphyloma	—	1	1
Scleritis	1	—	1
	114	60	174

Diseases of the ear:

	Primary	Secondary.	TOTAL.
Otitis media	13	2	15
Otitis externa	3	1	4
Foreign body in ear	2	—	2
	18	3	21

Genito-urinary diseases:

	Primary.	Secondary.	TOTAL
Venereal diseases:			
Gonorrhea	8	1	9
Urethritis, probably gonorrheal	3	—	3
Epididlymitis	—	2	2
Stricture, urethra	1	5	6
Chancroid	1	—	1
Venereal warts	—	1	1
Herpes preputialis	1	1	2
Phimosis	4	3	7
Paraphimosis	1	—	1
Cancer of penis	1	—	1
Balano-posthitis	2	1	3
Hypertrophy prostate	3	—	3
Calculus, prostatic	1	—	1
Hydrocele	1	2	3
Spermatorrhea	2	—	2
Calculus, vesical	2	—	2
Cystitis	14	1	15
Nephrolithiasis	7	2	9
Nephritis, chronic	7	2	9
Nephritis, acute	7	—	7
Pyelo-nephritis	—	2	2
	66	23	89

Diseases of the nervous system:

	Primary.	Secondary.	TOTAL.
Myelitis chronic	1	—	1
Cerebral hemorrhage	8	1	9
Epilepsy	7	6	13
Neuralgia	9	13	22
Neuritis	3	—	3
Multiple neuritis, post-typhoid	1	—	1
Hysteria	49	31	80
Neurasthenia	4	3	7
Facial paralysis	1	—	1
Residual paralyses (infantile)	3	—	3
Paraplegia	1	—	1
Paralysis agitans	1	—	1
Hydrocephalus	—	1	1
Night terror	—	1	1
Tic, spasmodic	1	—	1
Alcoholism	1	3	4
Idiocy	2	—	2
Depressive manic insanity	1	1	2
Deaf mute	—	1	1
Melancholia	—	1	1
	93	62	155

Constitutional diseases:

	Primary	Secondary.	TOTAL
Rheumatism, joints	11	5	16
Rheumatism, muscles	56	31	87
Rheumatoid arthritis	4	1	5
Cretinism.	1	—	1
Malnutrition of old age	7	2	9
Infantile marasmus	5	—	5
Rickets.	4	—	4
Goiter.	1	—	1
Diabetes mellitus.	1	—	1
Diabetes insipidus	1	—	1
Acute rheumatic fever	1	—	1
Undiagnosed.	23	—	23
	115	39	154

Diseases of the circulatory system and blood:

	Primary.	Secondary.	TOTAL.
Arteriosclerosis.	9	1	10
Myocarditis.	6	1	7
Valvular disease	10	5	15
Chlorosis	6	1	7
	31	8	39

Gynecological diseases:

	Primary.	Secondary.	TOTAL.
Vulvitis.	3	3	6
Vaginitis	1	1	2
Pruritus, vulvar	1	1	2
Cervicitis.	2	—	2
Endometritis.	3	—	3
Metritis.	7	6	13
Amenorrhea	1	1	2
Dysmenorrhea.	18	11	29
Metrorrhagia	6	3	9
Menopause	2	—	2
Leucorrhea	3	9	12
Salpingo-oophoritis	2	—	2
Subinvolution of uterus	2	—	1
Retroversion of uterus	4	1	5
Prolapse of uterus	8	2	10
Fibroma of uterus	3	—	3
Pregnancy, disturbances of	2	8	10
Puerperal fever	—	1	1
Undiagnosed-	2	—	2
	70	48	118

Surgical diseases:

	Primary.	Secondary.	TOTAL.
Abscess, mamma	2	—	2
Abscess, heel	1	—	1
Abscess, buttocks	1	—	1
Abscess, infra-orbital.	1	—	1
Abscess, foot	1	—	1
Abscess, face	—	—	—
Abscess, back	1	—	1
Abscess, neck	1	—	1
Abscess, scalp	2	1	3
Lacerated wounds	2	—	2
Mastitis	1	—	1
Contusion, foot	1	—	1
Contusions, arm	1	—	1
Cellulitis, foot	1	—	1
Punctured wound	1	—	1
Horse bite	1	—	1
Inguinal adenitis	1	—	1
Axillary adenitis	3	—	3
Cervical adenitis.	9	—	9
Phlebitis.	—	1	1
Varicose veins, leg	—	1	1
Wound, incised, radial artery.	1	—	1
Periostitis, leg	1	—	1
Bone felon	8	1	9
Periostitis, jaw	—	2	2
Osteo-myelitis, femur	1	—	1
Ganglion	3	—	3
Divided tendons, wrist (old)	1	—	1
Arthritis, knee	1	1	2
Tubercular hip-joint disease.	3	—	3
Ankylosis, wrist, from wound	1	—	1
Dislocation, ankle	1	—	1
Dislocation, shoulder	1	—	1
Sprain, ankle	1	—	1

Fracture, surgical neck humerus.	1	—	1
Cyst, neck.	1	—	1
Sebaceous cyst, jaw	1	—	1
Submental cyst	1	—	1
Lipoma neck	1	—	1
Sarcoma neck	—	1	1
Inguinal hernia	5	1	6
Extraction teeth	4	—	4
Ingrowing toe-nail	2	—	2
	70	12	82

The Institute in this report, which is a preliminary one, narrating the work done and drawing some general conclusions, has abstained from entering into the details of its scientific work. These will be furnished at a future date by the Technical Commission from an analysis of special case histories, autopsy records, study of pathological tissues, epidemiological data, etc., much of which has not yet been completed. However, a few of the diseases above noted have such importance as to merit special mention in this report. The percentage of persons infected with animal parasites in the country is abnormally large when compared with that obtaining in the population of the larger towns. As many of the diseases caused by these parasites, in addition to certain ones caused by bacteria, have a special influence upon the laboring man's efficiency, the problem of combatting such diseases must rest first upon the fact of their prevalence as revealed in the number of cases which this extensive compaign has brought to light. In fact, the problem of conservation of the Porto Rican laborer is primarily that of preventing and curing his communicable diseases.

UNCINARIASIS.

Of the 10,140 cases, about 70 % were found infected. When we were working in Utuado in 1904 and when one of us was working in Mayagüez in the same year, this percentage of infected was considerably higher, from 90 to 98 %. Moreover, the intensity of infection as roughly judged by the number of ova in the feces was far less this year, and the degree of intensity of the disease, particularly of its principal symptom anemia, had changed from a majority of intense and medium cases in 1904 to light or very light cases in 1914. In 1904 the hemoglobin of 579 country people, taken at random at our clinics without reference to the degree of their anemia, was estimated by instruments. From this study it was found that the average hemoglobin percentage of the laboring class in the country was in that year 43.09. Careful questioning of these people as to the work they were able to accomplish in their present condition, compared with what they were able to accomplish when well and healthy, revealed the fact that this average hemoglobin percentage or degree of anemia was a rough index to their efficiency for labor. While it is true that many with even but 20 % hemoglobin worked in the field, it was found that such a person could accomplish but 20 % of the work of the normal man. No more eloquent demonstration of the profit on money invested in reclaiming the health of agricultural laboring class of Porto Rico can be cited than the results of a similar examination of 579 of our out-patients, also taken at random without reference to the degree of their anemia. In these ten years over 300,000 persons have been treated by government initiative

at a cost of not over sixty cents per individual, and we calculate that not less than 200,000 more have taken the specific drug from private sources and often upon their own responsibility. It was extremely interesting to investigate the results of a campaign, therefore, in which practically the only arm used against the disease was the administration of the specific drug for the expulsion of the worm. The average percentage of hemoglobin of the 579 persons examined this year was 72.22, a gain of very nearly 30 % in efficiency for labor. Sixty per cent of these patients had a percentage of hemoglobin lying between 70 and 100.

It can, therefore, be asserted, as these facts are checked by scientific instruments of precision, that the physical condition and consequently the laboring capacity of the people at large in the country is one-third better then it used to be.

But notwithstanding the betterment in the degree of uncinariasis, this disease still remains by far the most important one of rural districts. It is so subtle as to even deceive those who are constantly working with it. Despite our best endeavor to exclude from the general clinic all cases of uncinariasis, certain prominent symptoms of that disease were clinically viewed as due to some other affection and the cases referred to us. Thus it is that 15 % of our 1,923 patients turned out to be merely cases of uncinariasis and 51 % of all were found to be infected with the worm. We mention this to emphasize the absolute necessity for an examination of the feces before the medicine is administered. In the first place, the country people have no faith in doctors who merely look at them and tell them they have anemia and give them thymol accordingly, but their faith in the latter drug is best demonstrated by the extreme sacrifices they make to go and see a doctor who will examine their feces, even though they have to take a drug whose unpleasant effects they abhor.

In planning a rural medical service of this nature it is of the utmost importance to determine the size of the district which each unit will cover. Only after these units have been tried out, not once but on several occasions, is it possible to say how many stations would be needed in a given area. We believe that the experience of this year coupled with that obtained from previous campaigns in Porto Rico, enables us to affirm that under ordinary circumstances a station will efficiently reach only a distance of about five miles. Nine-tenths of our patients came from within this radius.

ASCARIASIS.

The degree of infection by round worms in Utuado is beyond the comprehension of anyone who has not worked there personally. Many more ascaris eggs were seen than those of Necator americanus, because the infections are unusually heavy. Notwithstanding this fact, comparatively few serious symptoms were traced to this parasite. At times, however, it caused dangerous complications due to wandering and to intestinal obstruction. In children, nervous manifestations, and, in still greater degree, irritation of the gastro-intestinal tract, were noted. It is deemed advisable to expel round worms as a routine measure in rural dispensaries. Special care should be taken, however, in administering santonin to young children.

SCHISTOSOMIASIS.

Schistosoma mansoni, closely allied to the famous "bilharzia" (Schistosoma haematobium) of Egypt which causes serious lesions of the genito-urinary tract, seems to localize itself in the colon and rectum. An etiological study will be later offered, but we may advance the information now that most of our cases occurred in persons living near the rivers Viví and Grande and bathing therein. There can be little doubt of the menace to health from a parasite which invades the portal system and riddles the rectal tissues causing severe pseudo-dysentery. It is a fortunate fact, however, that light infections rarely cause severe symptoms.

MALARIA,

Only two foci were found, the principal one in Río Abajo, the other in Arenas. The Río Abajo infections were estivo-autumnal, which causes at times, as we know, the familiar "perniciosa". There were only eight cases in all. Of the series of 10,140 cases, many of whom gave histories suspicious of malaria and whose blood was carefully searched for the parasite with negative results, the small number of positive findings demonstrates the absurdity of attributing so many deaths to malaria in such a district. Moreover, the endemic foci were very limited in number and area. This tendency on the part of the physician to accept the popular diagnosis from an inconclusive clinical history, is still more important when we consider that there is no worse name that can be given to a tropical country than that it is malarious. While we are personally well advised of the distribution of this disease in Porto Rico, we do not care to encroach upon the domain of other workers except to say that any diagnosis of malaria, not capable of demonstration on microscopic blood examination, should not be admitted as malaria and that until such examination has revealed a number of such cases which have undoubtedly arisen from the same region in this Island, it is manifestly improper to state that such regions are malarious. The micro-organism causative of malaria is well known and universally accepted as the only cause of the disease and is readily and casily demonstrable as a rule. Unproven statements that undescribed forms exist to justify the diagnosis should be outlawed.

FILARIASIS.

One of the most surprising features of our work in this district was our total inability to discover micro-filaria in any case. While it is true that not many cases were examined at night and the only form known to exist in the Island is microfilaria nocturna, it is also true that only five persons presented the well-known physical signs of infection by this parasite. In these persons, novertheless, the embryo was not found in the blood. It is certainly very conservative to say that filariasis is not endemic in Utuado.

AMEBIASIS.

This tropical form of dysentery was not found to be common in Utuado at the time we were working. Whether the disease becomes diffused throughout the popula-

tion from time to time, is problematical. The histories of the people seem to indicate that this may be true.

TUBERCULOSIS.

Tuberculosis, next to uncinariasis, was uppermost in the minds of us all, and diligent search was made for all cases but we are forced to the conclusion that the statement made in 1904 by the Porto Rico Anemia Commission, to the effect that tuberculosis was not a notable scourge of the country people, can be substantiated. Some of the cases noted as suspected of tuberculosis and some noted as bronchitis might have revealed the bacillus had they brought their sputum as requested, but generally all cases of chronic cough elicited a microscopic examination of the sputum. As it is, a majority of our tuberculosis cases came from the town of Utuado. The same may be said of syphilis and venereal diseases in general, with even more emphasis. They are really rare in the country and most of our cases were from town.

"LA BONITA".

"La Bonita" ("La Hermosura") is mentioned simply because it is considered a disease *sui generis* by the jíbaro. Its chief features are abrupt acute onset, anasarca, frequently nephritis and a very grave prognosis. It seems to attack children by preference. The identification of this condition is under discussion at present by the members of the Institute and we are not ready to give our opinion as yet.

SPRUE.

It is pretty clear to all of us that this is not a common disease in the country districts. Only eleven positive cases were found, although nineteen more had symptoms which made us strongly suspect this affection. Most of the cases were from the town of Utuado; very rarely was a country dweller the subject of sprue.

SKIN DISEASES.

Special mention should be made of the great number and variety of skin diseases, to be treated in a future report. The study of these diseases should form one of the objects of future work. We have taken some specimens of tissue and quite a number of cultures, in the hope of throwing some light upon the so called "Maldita" of the interior.

TRACHOMA.

From a study of 600 persons, taken at random, by Dr. W. W. King, Public Health Service, to determine the prevalence of this disease, trachoma was found in 15 ½ %. As many of these cases ocurred in our general series, they are herein included.

GYNECOLOGICAL CONDITIONS.

It is very evident that the number of gynecological cases detailed does not reflect the prevalence of this class of diseases, because only when the patient insisted upon an examination did we investigate gynecological conditions.

In conclusion, we will refer to the fact that about 36,000 visits were paid us in our sixty days of work in Utuado; 72 cases were treated in hospital, there were

two autopsies, 59 surgical operations, and considerably over a thousand routine examinations in laboratory—exclusive of microscopic examinations for uncinariasis and also exclusive of the time consumed in microscopic investigation.

DEATHS.

On leaving Utuado and in order to include all dispensary patients who had died during our ten weeks' campaign, we secured a list of all deaths occurring in that period in the Municipality of Utuado, from the civil register. This list gave name, cause of death and other data by which from our index of patients and retained clinical cards we could recognize them as our patients. There were 26 of these, classified as follows:

Tuberculosis ------------	8
"Anemia" --------------	9
Enteritis. --------------	3
Puerperal fever ---------	1
Acute peritonitis ---------	1
Nephritis. --------------	3
Splenomegaly -----------	1
Total -------	26

The following list of the personnel of the Institute is appended:

Dr. William Fontaine Lippitt,
Director of Sanitation, Member ex-officio of the Institute, in charge of of the financial and administrative responsibilities of the Institute.

Dr. Francisco Hernández,
Assistant Director, Biological Laboratories, Insular Service of Sanitation, Secretary of the Institute.

TECHNICAL COMMISSION:

(The members of this Commision were members of the late Porto Rico Anemia Commission.)

Dr. Isaac González Martínez,
Director, Biological Laboratories, Insular Service of Sanitation, Member ex-officio of the Institute.

Dr. Pedro Gutiérrez Igaravídez,
Permanent Member of the Institute.

Surgeon Walter W. King,
Public Health Service of the United States, Member ex-officio of the Institute.

(*) Major Bailey K. Ashford. M. D.; Sci D.
United States Army, President, Board for Study of Tropical Diseases in Porto Rico. (Collaborating with the Institute.)

The members of the Technical Commission, including Major Ashford, formed the expedition's force in Utuado.

Dr. Rafael Bernabé,
Volunteer Assistant to Institute.

ANEMIA SERVICE,
INSULAR SERVICE SANITATION:

Dr. Pedro Malaret, Jr.,
Representing the Director of Sanitation for the administration of funds and property.

Dr. Federico Trilla.

Dr. Ricardo Mestre.

Dr. Antonio Arbona.

In addition to this, the Institute furnished one voucher clerk, one practicante, one female superintendent of hospital,

two nurses, one housekeeper, two cooks, one maid servant, and three peons. The Anemia Service furnished two clerks (Inspectors of Sanitation), and two practicantes.

The physicians representing the Anemia Service of the Service of Sanitation have contributed much to the success of our clinics by their diligent, rapid and accurate work. Not only in their special labors in the clinic for uncinariasis—labors which required patience, tact and endurance—have they distinguished themselves, but above all by their whole-hearted loyalty to the best interests of the Institute they have in many ways bound themselves to this body by bonds of disinterested friendship. Their contribution to our work is deeply appreciated, all the more because they were not integral members of the Institute. A part from this, by the terms of our organization their part in the expedition should be officially recognized.

Respectfully submitted,

(Signed) William F. Lippitt.
Signed) J. González Martínez.
Signed) Pedro Gutiérrez Igaravídez.
(Signed) W. W. King.
* (Signed) Bailey K. Ashford.

* Not a member of the Institute but collaborating with its Technical Commission.

INSTITUTE OF TROPICAL MEDICINE.

Balance on hand July 1, 1913			$24,032,33
Expended in current expenses of the Institute, San Juan		$4,296.84	
Expended in connection with the Utuado expedition, as follows			
Salaries (See Note)	$ 726.50		
Building materials, lumber, etc	356 04		
Clothing, bedding, etc	320 85		
Construction of Septic Tank and Connections	10.83		
Feed and Care Animals	86.63		
Freight and Cartage	230.56		
Furniture and Fixtures	470 12		
Harness	22.92		
Ice	39.60		
Labor	315.33		
Medicines and Medical Apparatus	2,526 97		
Miscellaneous Supplies	66.05		
Office Supplies, Stationery etc	194.98		
Plans, Limits of Utuado	25 00		
Postage	6 00		
Repairs to typewriter	1.60		
Rent	412.49		
Repairs to furniture.—Labor and Materials	50.75		
Subsistence	1,183.66		
Telegrams and Cables	37.36		
Telephone Calls	2.20		
Travel Expenses, including Materials for and repair to Automobile used by the Comission	631.25		
Washing Hospital Clothing	89 69	7,808.29	
Total expeditures to date		$12,105.13	12,105.13
Balance available			$11,927.30

San Juan, P. R., January 27th, 1914.

Brought forward....	726.50
In addition to these employes, Drs. González Martínez and Gutiérrez Igaravídez, Permanent Members, and Mr. Damián Artau Díaz, Clerk of the Institute, rendered services at the Hospital from September 16 to December 15, 1913, their combined salaries during this time amounting to	$1,474.98
Making a total for salaries of.	$2,201.48

In addition to the above expenses of the Institute, properly speaking, the following expenditures were made in connection with their work by the Anemia service of the Insular Service of Sanitation:

200,000 gelatine capsules	$ 75.62
100,000 Blaud's tablets	17.50
100 lbs. of crystallized thymol.	175.83
4,000 lbs. of sulphate of soda.	223,91
Making a total of	$492.86

In addition further to these expenses, miscellaneous articles to the amount of $11.14 (glass slides and cover glasses for microscopic work, manilla paper, beta naphthol, cedarwood oil in tin boxes), and the salaries of the Anemia officers and inspectors, $1,332.50.

"DISTEMPER".

DR. F. DEL VALLE ATILES.

"**Distemper**" es la palabra inglesa con que se designa todo mal, indisposición, incomodidad o enfermedad de los animales; equivale a nuestra palabra española "**Destemple**". De un modo especial "**Distemper**" designa una enfermedad de los perros que puede manifestarse bajo dos o tres formas y con caracteres epidémicos, que en muchos casos determina una parálisis motriz de las patas traseras, notándose a veces convulsiones clónicas de una de éstas.

Recientemente se han observado en Santurce algunos casos, q. pueden clasificarse de ésta enfermedad, en perros pertenecientes a familias acomodadas.

Un caso fué descubierto por el que suscribe al hacer una visita médica a un niño. Mientras examinaba el enfermito ví entrar en la habitación un perro que caminaba con dificultad y que pronto se echó como imposibilitado de seguir marchando. Una vez acostado, percibíasele en todo su cuerpo una especie de tremor que era más acentuado en la cabeza. Llamé la atención de los dueños del perro, y me dijeron que hacía dos días que el animal estaba enfermo, añadiendo que era el tercer caso que habían notado de una enfermedad parecida, en los animales de la casa. El primer animal que había sucumbido, me dijeron, fué una cabra, la que murió como **paralítica**. Luego se había enfermado otro perro con los mismos síntomas que presentaba el perro ahora enfermo; aquél fué

enviado a la Cuarentena y no habían vuelto a tener noticias de el.

Confieso que la primera impresión que tuve fué la de que el perro estaba bajo la acción paralítica de los cuerpos de Negri, pues aunque faltaban en la historia los síntomas premonitores y de excitación, es sabido que estos estados pueden faltar en algunos casos de hidrofobia.

En tal virtud aconsejé que el perro fuera enviado a Cuarentena, como se hizo. Dos días después tuve ocasión de verle de nuevo y continuaba presentando los mismos síntomas; parálisis de las patas traseras y temblor más acentuado.

Luego los informes obtenidos del Departamento de Sanidad me dieron a conocer que se trataba de un caso de "**Destemper**". Han ocurrido otros casos y puede por lo tanto sospecharse la existencia de una epidemia de esta enfermedad.

Ahora bien; coincidiendo con esto llega a mi poder, "**The Journal of the A. M. A.**", y en el un artículo del Dr. R. H. Pierson, médico militar del ejército Norte-Americano que se titula: "**Epidemic Poliomelitis and Distemper of Dogs**", que se refiere a una pequeña epidemia de poliomelitis desarrollada entre los Indios de Alaska, en el se hace notar que esta fué precedida por una epidemia de **Distemper** entre los perros, los cuales manifestaron síntomas iguales a los observados en los hombres. Sospecha el autor que esta enfermedad pudiera perpetuarse en algunos de los animales domésticos, y que la infección es posible que sea llevada de ellos al hombre por intermedio de la mosca doméstica o la de establos.

El **Destemper** podría también comunicarse al ganado, lo que justificaría la relación que me hicieran en el caso citado respecto de la cabra enferma; pero sin asegurar nada acerca del caso de la cabra, bastan los otros ocurridos en perros, para que estemos en guardia, ya que la relación entre el **Destemper** y la **Poliomelitis** humana parece evidente en los casos de Pierson".

NOTAS VARIAS.

SOBRE UN CASO DE REACCION COLICA.

La forma más simple bajo que se presentan las reacciones cólicas es la siguiente: una persona que ha estado estreñida durante muchos días es presa de un vivo deseo de desembarazar sus intestinos. Esto se anuncia por cólicos acompañados de malestar general, o de nauseas más o ménos acentuadas; después, en el momento de las evacuaciones, ocurren vómitos y hasta vértigos, atontamiento, a veces un estado de depresión lipotímica y en ocasiones un síncope completo. Durante la crisis, el enfermo experimenta un sentimiento marcado de indisposición y de ansiedad, su vista se turba, la cara palidece, la piel se cubre de sudores fríos. El enfermo tiene la sensación de que va a desmayarse. Todo esto desaparece después de la deposición, que es a veces

copiosa. La misma escena se reproduce algún tiempo después, exactamente en las mismas condiciones a seguida de un despeño intestinal subsecuente a una retención de algunos días.

Ahora deseo referir un caso en el cual los accidentes graves de la reacción cólica han hecho pensar equivocadamente en una perforación estomacal y condujeron a practicar una laparotomía exploradora. Luego el exámen directo mostró lesiones antiguas de duodenitis ulcerosa, sin perforación y sin peritonitis.

Se trataba de una joven de veinte y cinco años, que padecía del estómago desde hacía seis años. En Enero de 1912 había vomitado medio litro de sangre negra. Hacia fines del mes de Febrero de 1913, sufría a diario, particularmente 15 o 20 minutos después de la ingestión de alimentos. A menudo vomitaba seguidamente de los paroxismos dolorosos. Del 25 de Marzo al 10 de Abril, los vómitos se hicieron cuotidianos y mucho más abundantes.

La existencia de un dolor marcado a la presión en el punto de Mac Burney, los dolores espontáneos con repercusión hacia el muslo derecho, comprobados de una manera persistente, me indujeron a pedir a Mr. Georges Sabey que practicara la ablación del apéndice, que no parecía por lo demás muy enfermo. Los dolores epigástricos y los vómitos no tardaron en reaparecer exactamente en las mismas condiciones.

Se pudo entonces comprobar, más a menudo que antes, que éstos vómitos sobrevenían frecuentemente en el momento de las descargas diarréicas precedidas por algunos días de constipación. Estas crisis se producían particularmente cuando se habían usado enemas.

El 21 de Septiembre tras un período de constipación de algunos días, la enferma tomó por la noche un enema glicerinado que provocó deposiciones consecutivas. A la mañana siguiente 10 minutos después de haber tomado café con leche, vomitó el café que acababa de tomar. Al mismo tiempo, tuvo una deposición de mediana abundancia conteniendo pocas materias fecales; pero sobre todo líquidos y viscosidades. En tres ocasiones diferentes se repiten los vómitos y las evacuaciones intestinales. A las nueve y tres cuartos la enferma se quejó de un dolor violento localizado hacia el hipocondrío derecho sin irradiciones claras. Está pálida, sus facciones descompuestas, en fin, casi tiene la facies peritoneal. No había vómitos ni náuseas; el vientre estaba blando, no había defensa muscular. Dolor a la presión a la derecha y por encima del ombligo. Pulso pequeño rápido a ciento

A las 10 ½ la enferma va de mal en peor; la cara está pálida y cianosada, las extremidades frías. No hay vómitos el pulso es pequeño, filante, incontable. Examinado el abdomen, se encuentra la defensa muscular, sobre todo a la derecha. La presión provoca dolor en el hipocondrio derecho y en la fosa ilíaca del mismo lado. El conjunto de estos signos hace tanto más facilmente pensar en una perforación, cuanto que antes se había diagnosticado la existencia probable de una úlcera del duódeno. Los doctores Lamaire y Labey deciden que es necesario hacer una la-

paratomía exploradora, la que es practicada por éste último a medio día.

He aquí el protocolo de la operación: No había perforación. Adherencias entre el duódeno y la vesícula. Cicatriz blancuzca sobre la segunda mitad del duódeno. No se siente ninguna induración a la palpación. El bulbo duodenal parece dilatado. Existe una gastro-enterostomía posterior.

Este hecho clínico me parece a la vez característico e instructivo. La laparotomía exploradora ha permitido reconocer que los accidentes graves sobrevenidos, no estaban bajo la dependencia de una perítonitis aguda por perforación. No podían explicarse mejor por lesiones del duódeno, cicatrices y adherencias de origen ulceroso. Por otra parte el apéndice había sido extirpado cinco meses antes, por lo tanto no se podían atribuir los síntomas a una apendicitis. Se halla uno pues, llevado a atribuir las crisis observadas, comprendiendo en ellas la que motivó la operación, a una reacción sobrevenida en el momento y al final de las descargas intestinales preparadas cada una de ellas por muchos días de constipación.

Por lo demás el 21 de Octubre, a propósito de un descargo diarréico, la enferma volvió a tener accidentes lipotímicos análogos, con colapso, debilidad y gran rápidez de pulso. La crisis aunque de una intensidad menor, presentaba caracteres idénticos a la del 21 de Septiembre.

La Medicine Scientific.

ESPOROTRICOSIS FARINGEA PRIMITIVA, FORMA NUEVA DE ESPOROTRICOSIS DE LAS MUCOSAS; DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO IMPORTANCIA MEDICA

Caso de H. Gougerot y P. Guellien.

Por J. Dumont.

Una mujer de 51 años residente en el campo, nunca había estado enferma; sin embargo, tenía signos de sífilis hereditaria; tampoco ofrecía signos que hicieran sospechar que fuera tuberculosa. Habiéndose quejado de sensaciones desagradables en la garganta y de dificultad en la deglución, su médico hizo un diagnóstico de faringitis granular y le aconsejó compresas iodadas. Su estado, en vez de mejorar, se fué haciendo peor poco a poco. La pared posterior de la faringe presentaba una gran superficie ulcerada de bordes irregulares, que se extendía al pilar posterior derecho hasta 5 o 6 mm. del pilar posterior izquierdo, prolongándose hacia la fosa por arriba y con una proyección estrecha que corría hacia abajo hasta el esófago. El fondo de la úlcera era agrisado, y exudaba un sero-fluido que parecía moco-pus. No estaban envueltas las glándulas aunque eran un poco perceptibles y la más cuidadosa observación no demostró ninguna otra lesión de la piel o de las membranas mucosas. Las vísceras estaban normales.

Otro especialista creyó que la enferma padecía de tuberculosis. Finalmente uno de los autores decidió que se trataba de una micosis. Careciendo de culturas, se ensayó el tratamiento iodado como prueba, y en seis semanas la paciente estaba curada.

Este caso demuestra la gravedad de la

infiltración con esporotricosis cuando no se la detiene con un tratamiento adecuado, y su tendencia a la ulceración en los últimos períodos; pero también prueba que si el tratamiento iódico no se inicia muy tarde y es bien tolerado, la curación es tan rápida y completa como en la esperotricosis cutánea.

El caso es también un tipo clínico nuevo; es el primer caso de que tenemos noticia de esporotricosis primaria faríngea sin lesiones cutáneas. Los dos casos publicados hasta ahora han sido de esporotricosis buco-faríngea o laríngea, pero con lesiones cutáneas esparcidas que ayudaban a hacer el dignóstico.

La paciente vivía en el campo y probablemente se infectó con vegetales contaminados con esporotroquia, o ingirió vegetales insuficientemente cocidos o tal vez mascó hojas de hierbas infectadas. Por un tiempo mayor o menor el esporotriquio permaneció en la boca-faringe, aumentando su virulencia y sensibilizando el organimso con sus secreciones. Finalmente se estableció en la membrana mucosa y dió origen a la lesión local descrita.

Los autores concluyen, que aunque hay esporotricosis de las membranas mucosa faríngea, laríngea, nasal u ocular, en la gran mayoría de casos de esporotricosis de la membrana mucosa, el punto de entrada es por una conjuntivitis, angina, faringitis, laringitis o rinitis.

LAS ESTADISTICAS Y LAS ENFERMEDADES VENEREAS

Por el Dr. J. S. B. Pratt, Presidente de la Sociedad Médica del Hawaii y Presidente de la Junta de Sanidad, de Honolulu.

Tomado del discurso pronunciado por el Dr. Pratt en la sesión de la Asociación Médica de Honolulu:

"Se ha considerado la Estadística como una "teneduría de libros". Con el fin de tener una administración de Sanidad eficiente, es tan necesario al Oficial de Sanidad poseer datos estadísticos, como lo es para el hombre de negocios el tenerlos acerca del costo de producción de los artículos que vende. Es una cosa fácil para el comerciante obtenerlos, porque los tiene a mano, pero con el Oficial de Sanidad es diferente, porque él tiene que descansar en la información de otros. Todas las leyes concernientes a estadísticas vitales que se han promulgado, han sido inútiles mientras los encargados de proporcionar los datos no han cumplido concienzudamente con su deber y han prestado su cooperación alas autoridades sanitarias. El tiempo no me permite entrar en los detalles de las formas varias con que la Junta de Sanidad provee a los médicos: es suficiente decir que el más simple item es necesario a una administración Sanitaria eficiente. Estadísticas acerca de los nacimientos son importantes por muchas razones, y es difícil que pase un mes que no ocurra algún caso en el que, por falta de dar parte del nacimiento, no se cause algún daño.

Seguros de vida, herencias, transacciones de caudales, disposiciones de depósitos, trabajo de los niños, edad de consentimiento, edad escolar, conservación de la vida del infante, son todos afectados por los partes de nacimiento. Sin embargo, todos los esfuerzos de la Junta de Sanidad para obtener datos completos acerca de los nacimientos, sólo le ha sido posible

obtener el 70 % de los nacimientos ocurridos en el Territorio.

Los médicos no están intersados en la información de los matrimonios, pues esto le compete a los sacerdotes, pero esto no debería obstar para que los médicos se interesaran en los casamientos. Las condiciones físicas y mentales de los contrayentes en matrimonio es de importancia vital para el Territorio. Los médicos deberían hacer todo lo posible para evitar el casamiento de los alcohólicos, defectivos, criminales declarados o todos aquellos que sufren enfermedades venéreas. Este es su deber, tanto cívico como profesional para con la criminalidad.

En lo que respecta a la información de las muertes, desearía repetir como Louis Dublin, Ph. D., estadístico de la Compañía "Metropolitan", de New York: "Es óbvio que en el estudio de la comunidad, las pérdidas deberían ser analizadas atentamente con relación a la edad, como causa de muerte, posición social y económica del muerto, etc., para indicar la línea precisa de esfuerzo que el Oficial de Sanidad debería instituir a fin de prevenir semejantes pérdidas."

El conocimiento de la edad de una población, es un factor importante para determinar su mortalidad. Este permite la comparación entre ciertas comunidades para asegurarse si sus pérdidas son anormales en cualquier edad particular. También los incidentes del sexo, nacionalidad y ocupación, tienen su efecto en la estimación de los promedios de muerte en las comunidades. Una superabundancia de muertes en una cierta línea de ocupación indica la presencia de condiciones industriales adversas. El efecto de la ocupación sobre la salud de las mujeres en la industria se evidencia por los datos de mortalidad.

El informe detallado de las causas de muerte es, entre todos los particulares, el más importante en el certificado de muerte. Según la manera en que se obtenga el resultado más práctico, es necesario adoptar una clasificación uniforme que permita la comparación de las estadísticas de mortalidad en las diferentes comunidades. La clasificación de Bertillón es la mejor y ha sido adoptada por todos los principales Oficiales de Registro. La Junta Terrritorial de Sanidad está tratando de usar el sistema internacional que se basa en la clasificación de Bertillón, y solicita la cooperación de los médicos de este Territorio.

PUNTOS QUE RECORDAR:

Informar sobre todos los nacimientos tan pronto como sea posible.

Informar sobre todas las muertes oportunamente.

Escribir sencilla y claramente de suerte que se entienda el nombre.

Llenar tanto como sea posible todos los blancos que requiere el certificado.

Dar la causa de muerte tan ajustada a la Lista Internacional como sea posible, y sobre todo, no encolerizarse cuando el Registrador llame para preguntar algo sobre el certificado.

Otro deber es el informe de las enfermedades infecciosas y de contagio. Deben ser notificadas prontamente

La Varicela, la Tos-Ferina, la Conjuntivitis Folicular y el Dengue debieran ser reportadas tanto como la Difteria o cualquier otra enfermedad infecciosa o contagiosa.

Si los médicos añadieran una nota sobre el orígen de la infección o cualquier dato acerca de la condición de sus casos, sería de gran ayuda para el Oficial Sanitario. El médico está relacionado más íntimamente con la famiila, y puede, por lo tanto, obtener información valiosa en donde un Oficial Sanitario no podría. Tratar el asunto relativo a las enfermedades venéreas, creo realmente que es entrar en terreno resbaladizo e inseguro; pero también espero que ustedes me oirán unos minutos para que les presente el asunto desde el punto de vista del Oficial de Sanidad.

De acuerdo con la Ley, el deber de la Junta de Sanidad es tomar medidas para evitar la propagación de cualquier enfermedad contagiosa, infecciosa o comunicable; pero, ¿cómo puede ésta hacer algo en este particular, si no tiene conocimiento de las mismas? Lo que procura el informe de las enfermedades venéras es aportar tal información, que habilite a las autoridades sanitarias para compilar estadísticas de las qeu pueda sacar alguna solución par este difícil problema. Esto no quiere decir que necesariamente se dén los nombres de las personas que sufran de estas enfermedades; porque en lo que se refiere al nombre, lo mismo podrían usarse números en su lugar, para los propósitos de la estadística. Cuando se consideran las consecuencias fatales y duraderas de las enfermedades venéreas y las miserias no dichas causadas por la transmisión hereditaria de la sífilis, parece evidente que debiera hacerse algo para dominar y limitar estas enfermedades. El problema es magno, y sólo con una gran vacilación lo he nombrado; pero, es evidente que algo hay que hacer. Hago, pues, una apelación a los miembros de esta Sociedad para solucionar esta cuestión tan difícil e importante.

Para acabar, deseo expresar la esperanza que abrigo de que en el año venidero habrá un espíritu mayor de confraternidad y de que trabajaremos unidos hombro con hombro para el mejoramiento de las condiciones del vecindario del Hawaii.

He dicho."

NECESIDAD DE LA INSPECCION MEDICA Y DENTAL DE LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS.

Por el Dr. *W. F. Scwenker*

Los chinos pagan al médico para que les conserve en buena salud; pero los americanos proceden como aquel hombre que cerró su establo después que le habían robado el caballo. Esperamos hasta que el dolor y los trastornos consiguientes nos obligan a visitar al médico, al dentista y al oculista.

Muchos niños sufren de adenóides en la boca y en la garganta; algunos tienen los amigdales hipertrofiadas, otros no pueden respirar por la nariz a causa de algún pólipo, lo que les obliga a respirar por la boca, y por lo tanto, ingieren al respirar toda clase de polvos y gérmenes que pudieran haber sido detenidos por la vibración de los pelos de la nariz. A no ser que se extirpen tempranamente los adenóides y las tonsilas, el niño irá de un modo gradual adquiriendo una faz de idiota y le sobrevendrán desórdenes pulmonares. Como se ve obligado a respirar el aire frío de invierno por la boca, en vez de calentarlo previamente a su paso por la nariz, experimenta a menudo trastornos dependientes de la inflamación del

tubo de Eustaquio; para oir bien es necesario que la presión del aire en ambos lados de la caja sea igual. A todos los niños de las escuelas se les deberían examinar lns dientes y la boca dos veces al año. "Una onza de previsión" ahorraría dolores, tiempo y dinero. Aunque la casa y los vestidos estén desinfectados y fumigados, a menudo la difteria, la escarlatina y otros gérmenes de enfermedades se aposentan en los dientes careados, y en poco tiempo se infectan los miembròs de la misma familia y todos los hijos por medio de estos portadores de enfermedades.

La boca y la nariz son el lugar por donde penetran los gérmenes del mayor número de las enfermedades infecciosas. Teniendo cuidado de los dientes, cepillándolos después de cada comida o al menos dos veces al día, se pueden conservar en buenas condiciones. Una persona con una boca bien cuidada, rara vez está enferma. Es preciso hacer extirpar los adenóides y las tonsilas enfermas de los niños, antes de que su desarrollo físico y moral se perturben. No debe olvidarse que un examen de ojos y de oídos hecho a tiempo, previene una visión pobre o una audición defectuosa. El dolor de oídos, los trastornos visuales, el mal aliento, son causados por una dentadura careada o por un absceso. El dolor de cabeza es dependiente a veces de trastornos digestivos, causados por dientes dañados y alimentos mal masticados.

Sl su hiio es el terror de la escuela y de la casa y se hace imposible mantenerlo en orden respecto de sus estudios y de sus compañeros, hágale examinar su boca, garganta, nariz y ojos; tal vez adenóides o algún diente careado sea la causa de sus incorrectas acciones. Maestros y padres deben saber que el niño que es malo y parece torpe o estúpido, puede estar tal vez obstaculizado en su desarrollo por alguna de esas causas. A menudo, después que se han removido éstas y se han corregido los trastornos dependientes de ellas, su eficiencia aumenta en 50 o 90 por ciento, y al propio tiempo su conducta mejora. Si el niño, cualquiera que sea su sexo, puede mantenerse a la misma altura que todos los de la clase, se estimula su noble ambición, y la ciudad, el condado o el Estado, pueden economizar muchos dólares.

(Del "Bulletin of the Department of Health". (City of Nebraska), U. S. A.)

LA EUGENICA PRACTICA

La extensión en la cual la transmisión de las buenas o malas cualidades pasa de una generación a otra, no está resuelta aún; pero es indudable que las condiciones que rodean al feto en el útero, tienen que ver con el vigor con que éste (el feto) entra en su vida extrauterina. El cuido de la madre antes del nacimiento del niño, es una extensión lógica de la filantropía que está buscando cómo conservar los refuerzos vitales de la Nación, por medio del cuido de los infantes. Se ha hecho una provisión para tal cuido antes del nacimiento por el "Comité del Servicio Social Infantil de la Liga Municipal de mujeres de Boston", (E. U.), y su ejemplo se ha seguido en varias otras ciudades. Ahora ha hecho el Comité el primer informe correspondiente a los cuatro primeros años de su existencia, y con estadísticas para una parte del quinto año. El trabajo del Comité ha sido: visitas a

las mujeres en estado de preñez, una vez cada diez días, por medio de una nurse competente, quien toma la presión sanguínea, examina la orina y fija la dieta y el régimen; pero no receta drogas, con excepción de la "Cáscara sagrada". El éxito del trabajo es juzgado por el descrecimiento frecuente de la eclampasia, de los nacidos muertos, de los abortos, y por el peso aumentado de los niños. En todos estos casos se ha notado un mejoramiento continuo como resultante del cuido prenatal. De manera que los cálculos para el tanto por ciento de casos de eclampsia por los cuatro primeros años son. 10.2 %, 4.8 %, 1.7 % y 0.00 %, respectivamente. El tanto por ciento de los nacidos muertos bajó desde 2.6 %, el promedio por tres años, hasta 1.7 % en el cuarto año. Los cálculos correspondientes para los abortos fueron de 1.7 % y 0.7 %.

Se ha visto también un aumento, aunque pequeño, en el promedio del peso. El Comité cree que estos cálculos demuestran con evidencia suficiente la eficiencia del cuido prenatal para justificar la continuación de tal trabajo. El gasto es ínfimo, alcanzando a cerca de tres dólares por año en un paciente. Se intentaba llevar este tratamiento a los pacientes privados, en este caso la nurse comunicaría sus observaciones al médico de la familia, en vez de comunicarlas al Hospital, como se hace con el trabajo público.

(Del *Journal.*)

TRATAMIENTO DE LA MALARIA POR LA TRIPSINA Y AMYLOPSINA

El Dr. T. W. Lambelle dice que la experiencia en China e India, enseña que la Quinina no es específica en todas las distintas formas de Malaria y afirma, en el "Public Health Report", del 3 de Enero de 1914, que con mucha frecuencia vuelven pacientes a los Hospitales, sordos del cinconismo, y, sin embargo, continúan enfermos, y el parásito se encuentra en su circulación periférica. En estos casos es que él ha usado con éxito la Tripsina y Amylopsina, siguiendo las sugestiones hechas por el Dr. Beard.

Las preparaciones de estas drogas son esterilizadas, y se inyectan intramuscularmente en la cadera, debiendo administrarse con lentitud. Las inyecciones dejan siempre cierta hinchazón, por 12 o 20 horas.

Dice Lambelle que en las formas cerebrales, la cefalea desaparece, la piel se humedece, descendiendo la temperatura a las pocas horas. Que una inyección basta para limpiar la circulación periférica de los parásitos, pero que en la mayoría de los casos, deberán practicarse tres inyecciones a intervalos de cuatro días, para efectuar la cura.

Es de interés esta nota del "Journal", de la Asociación Médica Americana, de Febrero 14 de 1914, porque de ser cierta la información del Dr. Lambelle, se abre un nuevo derrotero en el tratamiento de esos casos de paludismo pertinaz con que tropezamos en nuestra práctica, y en los que, por lo tanto, debemos ensayar el tratamiento.

EL MEJORAMIENTO DE LA RAZA.

EL Certificado de Salud como un medio contra la Selección Viciosa en el Casamiento.

Atendemos nuestros negocios con muchísimo cuidado. Si un grupo de personas

desea constituir una sociedad, tiene que sacar permiso de la legislatura;. si uno o un grupo de hombres desea explotar un negocio municipal, tiene que sacar un permiso; si alguien desea explotar en la ciuded de Chicago un negocío callejero insignificante, tiene que jurar su responsabilidad en la Alcaldía; pero si este mismo hombre desea casarse, vá sólo a la Alcaldía y se le otorga fácilmente una licencia. Puede que sea un defectivo o un degenerado o un epiléptico, o que los gérmenes del mal social (sífilíis) estén corriendo por sus venas, eso no obsta, a estos hombres se les permite casarse y propagar su especie, y traspasar a sus generaciones sucesivas las deficiencias morales, mentales y físicas que posean. Estamos dando mucha atención y tiempo al medio, mas debiéramos prestar mayor cuidado a las condiciones de la educación. En vista del hecho de que no protegemos el casamiento por medio de leyes e ilustrando al público, ¿es extraño que tengamos en nuestras instituciones públicas, tres millones de personas cuyo mantenimiento cuesta a la Nación $200,000,000 al año y que este número esté creciendo en una proporción mayor que el aumento de población en este país, grande como es este nuestro? La necesidad de un certificado de salud antes del casamiento vendrá por la legislación, y esto será efectivo, si está secundado por la opinión pública; y la opinión pública no está hoy bien informada respecto de la necesidad de la selección en el casamiento. La única esperanza, es la educación del pueblo, y el agente mayor para esa educación, es la Prensa.

UNCINARIASIS.

Dice el Dr. Lilliam South, Bowilng Green, Kentucky, que "El parásito de la Anemia se encuentra en cualquier país del mundo que esté situado entre los 38° grados de latitud, Norte, y los 36° de latitud Sur. La Uncinariasis se parece a la Tuberculosis, y a menudo los pacientes de aquella enfermedad se tratan como tuberculosos, durante años. Kentucky está a la cabeza en el promedio de Tuberculosis, porque tiene tanta Anemia, que se confunde con la Tuberculosis. La infección con esta enfermedad también retarda el desarrollo; un niño de 15 o 16 años no llegará al desarrollo físico, más allá del que se espera en un niño de 12.

Algunos casos de Pelagra fueron curados enteramente, después que a los pacientes se les curó de la Anemia. La erupción peculiar del cutis es uno de los síntomas de la Uncinaria. No se sabe si hay o no una conección entre las dos enfermedades, la Uncinaria y la Pelagra, y algunos casos pueden haber sido diagnosticados como de Pellagra.

Kentucky está gastando anualmente la cantidad de $5,000,000 para educar a los niños; pero éstos no pueden asistir a la escuela, por sufrir de Anemia. No hay hombres de cuerpos suficientemente fuertes para ocupar los empleos, en Kentucky. La Anemia no es una enfermedad de pobres sólo. Todo es cuestión de prevención, es una cuestión del sistema de desagüe sanitario. La Junta de Sanidad de Kentucky ha proyectado un desagüe sanitario con arreglo de un tanque separado, hecho de cemento, que está a prueba de fuego y no necesita ser limpiado. Con el uso de

estos sumideros, se espera que revolucionaremos el Sur enteramente, al combatir a esta enfermedad."

"Journal of the A. M. A."

SANIDAD INDUSTRIAL EN LOS TROPICOS.

Los principios de Sanidad moderna no sólo se han encontrado que sean beneficiosos a las empresas ferrocarrileras de este país, (E. U). sino también a las grandes compañías de plantaciones tropicales; por este medio han mantenido el promedio de muertes entre sus empleados, en un número que se puede comparar favorablemente con los promedios de las comunidades situadas más favorablemente. Los métodos usados son la organización médica y sanitaria, y la aplicación de medidas demostradas en los trabajos en el Canal de Panamá. La Compañía "United Fruit", en sus informes detallados del departamento médico para 1912 y 1913, una de las más grandes de estas empresas, con plantaciones en Panamá, y otros países Centro y Sud Americanos, y en Cuba, con un cuerpo de 65,000 empleados, demuestra algunos resultados sorprendenets. Por ejemplo, en la división de Panamá, el promedio de mortalidad entre los empleados blancos fué de 12 por mil, y de 11.36 entre los empleados negros. En el 1913, el promedio de mortalidad entre los empleados blancos fué de 3.33 por mil, y de 7.7 por mil para los negros; dando promedio general de 7.5 por mil. Esta cifra extremadamente baja, no se ha alcanzado en los otros grupos de las plantaciones de la Compañía, sino con una organización sanitaria espléndida, o con grandes gastos para casas cómodas, hospitales, riego y en la supresión de los mosquitos, y por medio de visitas periódicas a todas las plantaciones por un médico ;la salud ha sido sostenida en un promedio alto. Las fuerzas sanitarias, son siempre las primeras en el campo cuando se van a abrir nuevas plantaciones, y todos los principios de la Sanidad moderna en los Trópicos son aplicados tan rápidamente como es posible. Los informes dicen que estas medidas no han seguido la huella del trabajo hecho en Panamá, mas la exterminación de mosquitos y otros fueroon aplicados inmediatamente después que se demostró la transmisión de las fiebres tropicales por medio del mosquito.

Los porblemas que envuelve son difíciles y el trabajo es enorme; pero esta gigantesca Compañía ha visto que éste le beneficia abundantemente. El informe demuestra que el personal de la organización médica se ha seleccionado dentro de las mejores escuelas médicas de los Estados Unidos, y constituye una fuerza sanitaria eficiente. Con la finalización del Canal Panameño, las grandes plantaciones como esas de la Compañía "United Fruit", continuarán ofreciendo oportunidades a los jóvenes de los Colegios, para adquirir experiencia y hacer trabajos de investigación en las enfermedades tropicales."

FUMAR EN LOS CARROS PUBLICOS

Tarde o temprano toda ciudad suficientemente grande que necesite carros públicos, tendrá que plantear esta cuetsión: ¿se deberá o no permitir fumar en los carros? En todos los coches de estilo cerrado—los más que prevalecen — cuando se permite fumar en ellos, el permiso está limitado a cierta parte del vehículo. Como los

pasajeros necesitan usar las plataformas al entrar al carro o abandonarlo, las condiciones de estas partes del vehículo son un asunto que concierne directamente a la salud pública.

Mientras que muchas ciudades tienen ordenanzas contra el escupir, estas leyes son en la mayoría de los casos, más contravenidas que observadas. Como resultado de esto los carros públicos en donde se permite fumar, se convierten tanto en una ofensa para la vista como en una amenaza para la salud. En donde se permite fumar en la plataforma delantera, y particularmente en esos tipos de carros que tienen su plataforma delantera cerrada, el motorista trabaja desde por la mañana hasta la noche, en una atmósfera saturada de tabaco, mientras que los pasajeros que abandonan el carro por dicha plataforma tienen que pasar a través de este "salón de fumar", saturado y salivado. Cuando la pregunta:—¿Debe abolirse el fumar en los carros públicos?, sea considerada en cualquier ciudad, sólo puede haber una contestación. *Desde el punto de vista de la limpieza y de la higiene, sin mencionar para nada la comodidad de los demás, el fumar en los carros públicos, es una incomodidad (nuisance) que no tiene defensa.*

"Medical News."

LOS MEDICOS.

El Dr. Crumberg informa en la "Revue Hebdomadaire", acerca de los jóvenes que siguen la profesión médica diciendo que nuestra carrera se distingue de las otras por la responsabilidad, importancia de los intereses por que ha de velar y dificultad del diagnóstico.

Hace notar que algunos se hacen médicos por serlo su padre, lo que considera una circunstancia favorable por cuanto pueden aprovecharse de la experiencia paterna. Por rareza se dedica alguno al estudio de la Medicina por gusto personal, teniendo conciencia de la profesión. Es muy importante para el joven que se dedique a la Medicina, que posea aquella abnegación benévola que hace del ejercicio de la profesión, un noble sacerdocio.

Una vez graduado el joven médico, su primer preocupación es instalarse. Las grandes capitales le atraen con sus placeres y la perspectiva de una clientela grande y un nombre conqiustado en el mundo científico. El cuadro es bello, pero lo ensombrece la instalación costosa, y la espera de los primeros clientes. Entonces vuelve la vista a las ciudades de provincia y en último término, al pueblo. Mas el recuerdo del viejo médico de la aldea no le seduce, y sea cual fuere su elección, el principio de la práctica se le ofrece lleno de dificultades.

Por fin se establece y luego de esperar, llega el primer cliente cuando aún carece de habilidad y de otros cualidades cuyo conocimiento sólo adquirirá a fuerza de mucho poder de observación. Al principio, preocupado con los enfermos y con el ansia de devolverles la salud, olvida a las personas que están alrededor del paciente, personas que le están espiando para comentar sus gestos, sus palabras, sus vacilaciones y calificarlo de acuerdo.

La mayor dificultad es llegar a inspirar confianza y ésta hay que conquistarla por diferentes medios. A veces una levita bien cortada, un rasgo de familiaridad oportuno, un cariño al chicio de la casa, cosas todas que pueden hacerse sin desprestigiar

la profesión ni ser un cómico, y que a muchas personas les sirven para calificar al médico de "correcto", "inteligente", "no es orgulloso", "enseguida ha conocido el mal", etc.

La cuestión de honorarios es un escollo grande. Disputar sobre el valor del trabajo ejecutado, demandar ante los Tribunales y otros, le quitan la satisfacción de haber hecho una buena cura, o de haber puesto toda la inteligencia y todo su corazón en conseguirla.

La política aunque no le guste, es como un imán que le lleva a mezclarse en las cuestiones del día, tanto políticas como sociales y que por sus conocimientos no debe rehuir, toda vez que con ella puede hacer un bien a sus semejantes.

Grunberg es contrario a que la Medicina sea monopolizada por el Estado, y le parece conveniente el sistema por igualas.

MEDICOS DENUNCIADOS POR UNA CAMPAÑA ANTI-SALIVAR

El artículo reciente de Charles W. Stiles, acerca del descuido de algunos médicos en asuntos de higiene, ha sido atacado de varias partes por ser demasiado cáustico y exagerador de los hechos. En Chicago se inauguró recientemente una campaña Anti-Salivar por el departamento de Sanidad y se dió instrucciones a la policía para que hiciera cumplir la ordenanza prohibiendo escupir en los suelos.

De los resultados de uno de los días de campaña, se dió cuenta de esta manera en los diarios de Chicago:

"Dos médicos, el Dr. O. H. B. y el Dr. A. H., fueron multados con $2.00 y las costas cada uno, por el Juez Sabath, ayer, por el delito de salivación. Otros setenta hombres fueron multados con $1.00 y las costas. Uno fué multado por el juez Dolan. Veinte y cinco fueron multados por el juez Goodnow en el Parque Hyde, y tres en el Parque Englewood. El Dr. U. G. D. escupió en el piso de un carro público del Estado en la calle 47 y un policía que iba en él, lo arrestó.

También se informa que un policía concienzudo, quien se cogió a sí mismo en el acto de escupir, se llevó el mismo a la Corte y pagó su multa."

"Journal", A. M. A.

—oOo—

REUNION CIENTIFICA DE LA ASOCIACION DEL DISTRITO DE SAN JUAN.

CONFERENCIA.

El jueves, 12 de marzo, tuvo lugar la reunión científica mensual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan. El Dr. Toro, a cuyo cargo estuvo la conferencia de la noche, habló sobre el interesantísimo tema "Estasis Intestinal", haciendo una concisa, pero muy práctica exposición del asunto, ilustrándolo con un caso clínico con la sintomatología de obstrucción intestinal en el cual se practicó una laparotomía, encontrándose que no había obstrucción física en el surtido de baude, valvular, etc., pero sí una contracción del intestino sobre un cuerpo de forma cilíndrica que al tacto semejaba una ascaride, cuya contracción intestinal desapareció después de la operación, teniendo el enfermo una convalecencia franca.

La exposición hecha por el Dr. Toro ocasionó viva y acentuada discusión entre los concurrentes, mediando en el debate

los Dres. Francisco del Valle Atiles, Guiliani, Gómez Brioso y Belaval.

La conferencia del domingo 15 de marzo en la Biblioteca Insular, estuvo a cargo del Dr. F. aMtanzo, quien disertó sobre el importantísimo tema de la visión desde el punto de vista de la higiene escolar.

El conferencista explicó las tres condiciones del ojo: emétrope, miope e hipermétrope; dió una idea del astigmatismo, explicó el mecanismo de la acomodación, haciendo notar la influencia nociva de la mala iluminación natural y artificial en las escuelas, y estudió la disposición de los bancos, pizarras y libros en relación con la vista. Habló de las enfermedades más corrientes del ojo que pueden ser llevadas a la escuela, y recomendó las reglas higiénicas apropiadas a cada uno de los asuntos tratados.

El Dr. Matanzo fué aplaudido por el selecto auditorio, que le oyó con atención la notable y muy práctica conferencia.

—oOo—

NOTAS DE HOSPITALES.

Trabajos efectuados en los Hospitales Municipales de San Juan, durante el mes de Febrero último:

Enfermos pobres admitidos durante el mes	94
Enfermos pudientes admitidos durante el mes	25
Total	119

Enfermos pobres dados de alta durante el mes, de Cirugía	52
De Medicina	37
De Partos	10
Total	99

Resultado al salir de la Institución:

Curados	75
Mejorados	8
Iguales	4
Rallecidos en 24 horas	2
Fallecidos después de las 24 horas	10
Total	99

Número de enfermos operados durante el mes de Febrero último:

Con Cloroformo	33
Con Eter	33
Con Cloroformo y Eter	8
Local.	5
Total	58

Operaciones practicadas:

Apendectomías.	3
Herniotomías Inguinales	4
Colecystotomía, (Cálculos)	3
Cystotomía Suprapubiana (Cálculo)	1
Prostatectomía Transvesical	1
Uretrotomías Externas	2
Uretrotomías Internas	5
Hidroceles	9
Circuncisiones	1
Laparotomía Exploradora	1

Peritonitis Localizadas	1
Pio-Salpingo Ovaritis dobles	3
Laparotomía Tumor Pelviano	1
Reparación Fístula Venio Vaginal	2
Amputación cuello uterino	1
Sección Vaginal Posterior	1
Reparación Fístula Recto Vaginal	1
Cocainización Cauda Equina	1
Amigdalectomías	4
Excisión Polipo nasal	1
Amputación mama	1
Tiridectomía lóbulo izquierdo	1
Excisión Ulcera pierna izquierda	1
Excisión Quiste dermoide Maxilar Superior	1
Catarata Senil	1
Luxación Posterior del Codo	1
Drenages Abscesos	5
Adenitis	2
Curetage.	1
Extirpación Lipoma Cuello	1
Extirpación Antrax del cuello	1
Operación Paliativa Cáncer Utero	2
Resección Escroto Elefantum	1
Hemorroides.	1
Total	58

Dr. José S. Belaval.
Director de los Hospitales.

———oxo———

LABORATORIO QUIMICO Y BROMATOLOGICO.

Durante el mes de Febrero del presente año han sido examinadas en el Laboratorio de la Oficina de Sanidad, 21 muestras de leche de vacas de las cuales sólo 10 resultaron buenas. La proporción de leches adulteradas o sospechosas, como se vé, es extraordinariamente alta, casi un 50 % de las muestras tomadas.

Tal estado de cosas, no obstante las reglas a que ha sido sometida la industria lechera, demuestra que se está muy lejos de haber llegado a dominar la situación; y que los especuladores inconscientes o egoístas, siguen expendiendo el artículo indispensable para la alimentación de los niños en condiciones que comprometen grandemente su vitalidad.

La lucha es tenaz de parte de los violadores de la ley, y debe serlo más de parte de los encargados de velar por la salud pública. Esta no es una cuestión baladí, es un asunto del que depende la vida de muchos seres, niños y enfermos, cuya alimentación se basa en el uso de leche de vaca.

CONDOLENCIA.

Nuestro amigo el doctor F. de Juan pasa por la pena de haber perdido á su señora madre doña Josefa Prieto de de Juan, á consecuencia de un accidente ocurrido en la carretera de Santurce del cual se le originó una aplopegía cerebral.

Reciba nuestra más sentida condolencia el estimado compañero.

AÑO X. ABRIL 1914. No. 97.

Boletín de la Asociación Médica de PUERTO RICO.



ORGANO OFICIAL.

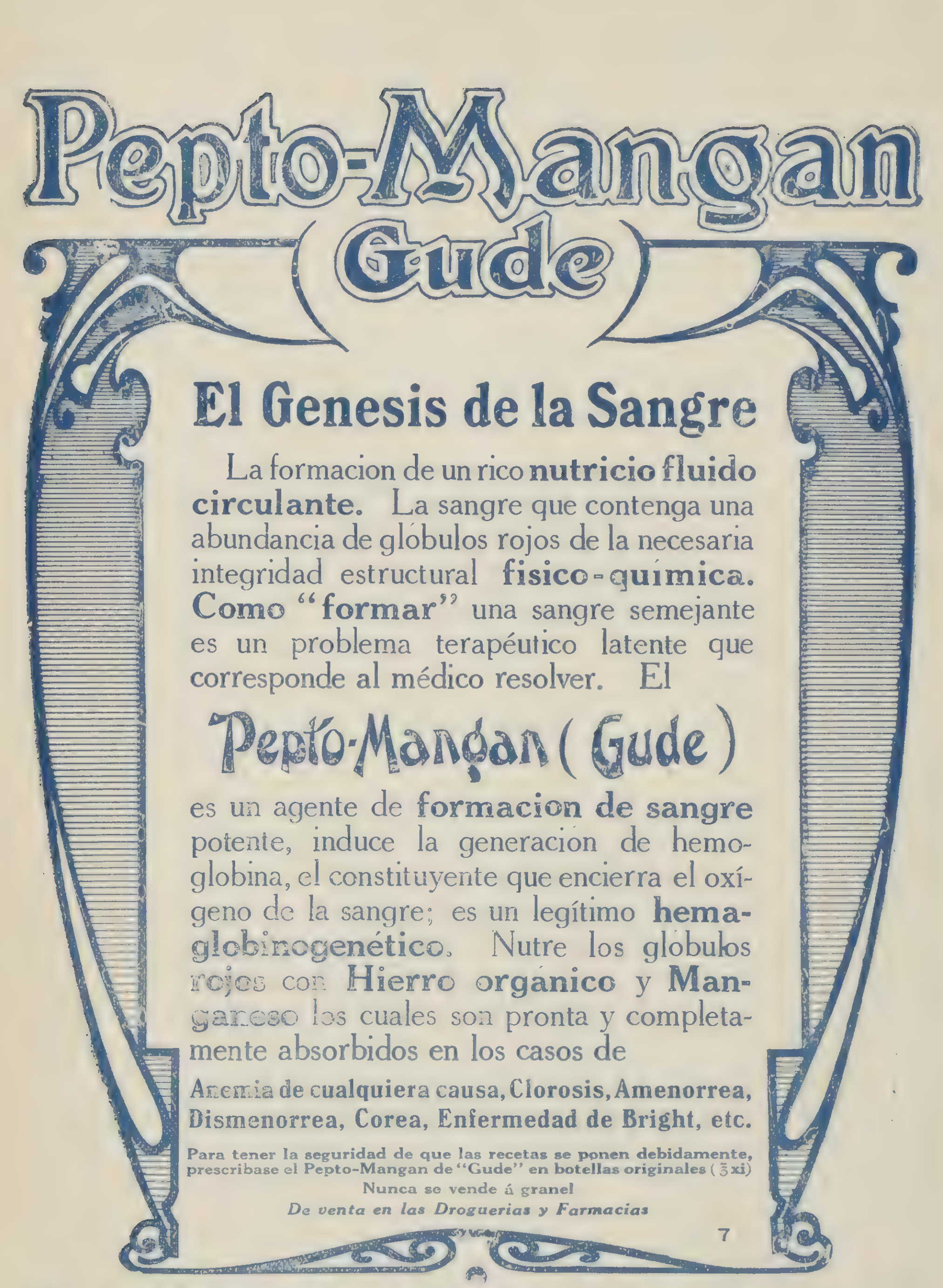
PUBLICACION MENSUAL

SUMARIO

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL EDITOR.

De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica.

Redacción: Luna 41. Box 1306. San Juan, Puerto Rico.


Pepto-Mangan
(Gude)
El Genesis de la Sangre
La formacion de un rico nutricio fluido circulante. La sangre que contenga una abundancia de glóbulos rojos de la necesaria integridad estructural fisico-química. Como "formar" una sangre semejante es un problema terapéutico latente que corresponde al médico resolver. El
Pepto-Mangan (Gude)
es un agente de formacion de sangre potente, induce la generacion de hemoglobina, el constituyente que encierra el oxígeno de la sangre; es un legítimo hemaglobinogenético. Nutre los glóbulos rojos con Hierro orgánico y Manganeso los cuales son pronta y completamente absorbidos en los casos de
Anemia de cualquiera causa, Clorosis, Amenorrea, Dismenorrea, Corea, Enfermedad de Bright, etc.
Para tener la seguridad de que las recetas se ponen debidamente, prescribase el Pepto-Mangan de "Gude" en botellas originales (℥xi)
Nunca se vende á granel
De venta en las Droguerias y Farmacias
7
M. J. BREITENBACH CO., NEW YORK, U.S.A.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.
ORGANO OFICIAL
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO X. ABRIL 1914. NUMERO 97.

PATOGNOMIA APLICADA A LOS CADAVERES ANTIGUOS CONSERVADOS.

POR EL DR. F. DEL VALLE ATILES.

Este artículo está inspirado en la lectura de un editorial publicado en "The Journal of The A. M. A. referente a una ciencia nueva que, sin duda, abre un campo vasto a la investigación histórica de la Medicina. Acerca de los fines prácticos de esta ciencia no es tiempo aún de hablar; pero, como nos ofrece interés desde otros puntos de vista, nos ha parecido oportuno dar a conocer el sujeto en la forma extractada en que lo hacemos. Estudiar los signos por los cuales podamos reconocer las enfermedades en los cadáveres que han permanecido sepultos por centenares de años, es algo que cautiva la atención, o por lo menos despierta sana curiosidad.

La nueva ciencia se llama PALEOPATOLOGIA, y con este nombre ha bautizado el Dr. Marc Armand Ruffer el estudio de los restos de hombres y de animales que vivieron en tiempos remotos, en averiguación de las enfermedades de que padecieron. La palabra, ateniéndonos a su etimología, podría despertar la idea de que se trata de estudiar las enfermedades de otras épocas; como Paleontología nos trae al pensamiento el estudio de los restos fósiles orgánicos; y de la vida del globo en tiempos pasados; pero, como se deduce del alcance que se dá a la Paleopatología, la cual se define: "Ciencia de las enfermedades que pueden ser demostradas en los restos de hombres y animales de épocas lejanas", no se trata del estudio de enfermedades ya extintas, sino de averiguar por el examen de los cadáveres, más o menos conservados de personas que vivieron ha muchos siglos, a qué enfermedades estuvieron sujetas.

Para que estas investigaciones hayan sido posibles, se ha necesitado que los cadáveres se conservaran a través de los siglos en condiciones de que las autopsias pudieran dar a conocer las estructuras y las anomalías y defectos producidos en los tejidos; las que, al comprobarse su analogía con iguales defectos y anomalías en la estructura anatómica, producidas por enfermedades reinantes en la actualidad, llevarían a la conclusión de que las personas cuyos restos se examinan hubieron de sufrir de análogas dolencias.

Las costumbres y el clima de Egipto, causas a que se debe una conservación perfecta de algunos cadáveres, han sido circunstancias favorables al propósito,

pues han permitido hacer el examen de cadáveres de Coptos, traídos de Antinoe, Alto Egipto, cadáveres que databan de la quinta o sexta centurias, y que, por lo tanto, habían sido depositados en sus tumbas hacía mil cuatrocientos o mil quinientos años. Estos cuerpos no habían sido sometidos a ningún proceso artificial de embalsamamiento; y sólo se les había cubierto más o menos abundantemente con sal, Pero el preservativo eficaz en estos casos parece haber sido la arena caliente del Egipto en la cual estuvieron los cuerpos enterrados en ataudes de madera. Por la razón de no haber sido embalsamados, se encontraron todos los órganos en su lugar; los cuerpos no tenían resina ni goma, ni ningún otro material extraño de los usados para sustituir los órganos removidos y para preparar cadáveres para su momificación.

Así, pues, en estos restos de Coptos se han podido hacer secciones microscópicas demostrativas de las glándulas del canal alimenticio; se han reconocido las circunvoluciones cerebrales; las fibras y válvulas del corazón; y se han encontrado en dos aortas placas calcáreas bien marcadas. También se han comprobado signos de espondilitis deformante, demostrándose que la enfermedad ha existido en los más remotos tiempos y que es independiente del clima, pues lo mismo se han encontrado tales signos en cuerpos enterrados cerca de las orillas del Mediterráneo, como en el Alto Egipto y en Nubia y aún en un esqueleto enterrado en uno de los lugares más calientes de los trópicos en Merawi.

El Dr. Ruffer hace referencia a casos de hipertrofia del cornete medio, encontrados en cráneos Egipcios y Griegos del tiempo de Alejandro el Grande. No son comunes los cambios patológicos en las partes blandas que pudieron ser reconocidas microscópicamente. De dos casos de hipertrofia del bazo hallados por Ruffer, deduce éste que los Coptos padecieron de Malaria.

Piorrea alveolar y periodontitis se hallaron en los cráneos de hombres de distintas razas y nacionalidades, y nada hace creer que el arte dental existiera entonces. Las incrustaciones de sarro, y los muchos defectos hallados en los dientes son cosa corriente en los cráneos estudiados.

En resumen, tales investigaciones han puesto de manifiesto muchos hechos de interés con respecto a la existencia de enfermedades de nuestros días que ya ocurrían en tiempos pasados; y son una contribución de datos que enriquecen la historia de la Medicina.

EXPERIMENTAL BERI - BERI.

Abstract of an article in the annual report of The American Society of Tropical Medicine for 1913, by Major Weston P. Chamberlain, M. D. Med. Corps. U. S. Army.

BY BAILEY K. ASHFORD, M. D.

For several years the Medical Corps of the Army has been supplying the scientific world with valuable data on beri-beri, chiefly through its "Board for the Study of

Tropical Diseases as they exist in the Philippine Islands". A very constant and prolific exponent of new ideas on this disease is Major Weston P. Chamberlain, M. D., of the Army Medical Corps. This observer, after several years of study, sums up in one paper delivered before the American Society of Tropical Medicine, all that is new and practical.

His deductions are as follows: Fowls subsisted exclusively on the ordinary commercial rice sold in the United States will become paralyzed in the legs after a period of about thirty days. This is the so-called "Polyneuritis gallinarum", a degenerative process, chiefly manifested in the motor neurons of the legs.

If a man subsists exclusively on this same diet he will develope beri-beri in about 90 days. There is no doubt that both affections are the same.

A mother sick from this diet of beri-beri will produce infantile beri-beri in her suckling child. Rice has a thin layer of its endosperum called the aleuron layer. Outside of this layer is the "inner skin" or "pericarp". The more rice is "milled" the less of this pericarp remains.

In is the highly milled rice which is most apt to produce beri-beri, the darker, dirtier-looking rice being safe, as a rule, and dependent entirely on the content of pericarp which prevents the disease. Fowls fed a little powdered pericarp with their highly milled rice remain well, as do men.

Rice which is deprived of its pericarp lacks a necessary element for the nutrition of nerves. This element contained in the pericarp is also present in egg-yolk, barley, peas, beans, etc.

The writer states that after a little experience, the safety of rice can be determined by mere inspection, or by using the Gram's solution according to his method. The safety of rice can be guaranteed to a nicety by chemical tests to determine the per cent of pericarp in the specimen. By estimating the phosphorus content, which should reach ½ %, this limit of safety can be assured.

This exceedingly interesting paper should cause us here in Porto Rico to pause and ask ourselves the question:

"Are our extremely frequent nutritional diseases due to micro-organisms, to organic poisons the product of bacterial or plant life, or to an illy-balanced diet lacking in some vital constituent. ¿It is an enticing field for research, for the delicate shades of clinical pictures from "fermentative diarrhea" through "auto-intoxication" to the definite diagnosis of "sprue" are constantly demanding our closest study and our professional attention.

The practical application of these facts in the Phillippine Islands has yielded surprising results: Wherever under-milled rice alone is permitted to be used, beri-beri has been completely blotted out. The Bilibid prison, once a hot-bed of the disease is now freed of this dangerous affection and the Phillippine Scouts, formerly heavily visited, are now entirely protected from its invasions. Not only this, but whole communities have been liberated of the scourge by prohibition of the sale of rice lacking in sufficient pericarp."

INSPECCION MEDICA DEL REFUGIO DE NIÑOS DESAMPARADOS

POR EL DR. MOLINA DE ST. REMY.

Invitado por mi querido amigo el conocido filántropo don Manuel Fernández Juncos, para hacer una inspección médica e informar acerca del estado de los ojos, oídos, nariz y garganta de los niños desamparados acogidos en el Refugio, accedí con sumo gusto, y me trasladé al Asilo el sábado 21 de Marzo, con el propósito de cumplir dicho cometido.

Como resultado de mi visita, y haciendo un resumen de mis observaciones, encontré que los veinte recluídos padecían más o menos de hipertrofia de las amigdalas y del tejido adenoide, y en la mitad de ellos (diez), había inflamación de dichas estructuras, pues todavía no hemos descubierto sus funciones, si las tuviesen como órganos. Atribuyo la frecuencia de las infecciones de la garganta, a que todos estos niños duermen en un salón, con las camas demasiado juntas, desde el pnnto de vista de la higiene.

Hallé once casos de rinitis crónica, dos de hipertrofía del cornete y sólo uno de desviación del tabique nasal, cosa de esperarse en esta edad, pues las desviaciones ocurren al osificarse los huesos que componen dicha parte.

Solamente encontré un caso de otitis media supurativa, lo que me llamó mucho la atención entre tantos afectados de la nariz y de las amigdalas. En doce, la audición es normal o casi normal, y siete tienen esta función marcadamente reducida, de modo que no podían apreciar el ruido del reloj, a más de seis pulgadas. Siete de los niños surfen de caries dental, y uno tiene la deformidad llamada de "Hutchinson", debida a herencia sifilítica. Uno tenía placas mucosas en los ángulos de la boca y nariz.

El estado de la conjuntiva era el siguiente: siete con conjuntivitis crónica, *cinco con tracoma declarado, y cinco muy sospechosos de dicha enfermedad, o en otros términos: había un cincuenta por ciento de conjuntivitis.* ¡Huelgan comentarios! Para llamar la atención del lector hacia este ausnto, bastan los números anotados; por lo demás, esto es lo que hallamos generalmente en la población asilada en instituciones de esta índole. Uno de los examinados padece estrabismo convergente bien marcado.

Se deduce de lo arriba expresado: primero, que los niños deberían estar en un sitio más ventilado, y sobre todo, disponer de un dormitorio más amplio; segundo, que los que padecen de hipertrofías se deben operar; tercero, que los casos de tracoma se deben operar, curar y aislar por completo hasta que se les dé de alta; cuarto, que a los que tienen defectos de refracción se les debe corregir por medio de cristales propios para cada caso; quinto, que un dentista debe atender al estado de la boca; y a los que tienen caries, tratarlos, por ser ésta el origen de muchos y serios males; sexto y último, que es de suma importancia que toda escuela, asilo, cárcel, cuartel o fábrica en donde se reune gran número de personas diariamente, sea inspeccionado, tanto los sitios como las personas, sistemáticamente,, para averiguar y

excluir los casos infectados, e indicarles a los que tienen padecimientos crónicos, lo importante que es el curarse a tiempo.

Adjunto va incluído el estado demostrativo del resultado de la inspección, que es el que sigue:

J. D.	Tracoma	Rinitis Cro	Hiper Amig		15/15	20/w	Caries.
C. L.	Sus Trac.	id	id	m	15/15	15/w	—
R. Y.	Chr. Conjunc	id	id	(an) m	15/20 o. u.	20/w	H. T.
L. T.	Sus Trac	Hip. Cornet	id		15/15; 30,	20/w	—
A. L.	Normal	Rin Cr. MucP	id	(an)	15/15	20/w	—
B. M.	Sim Conjun	Hip Cornet	id	(an)	15/15	15/w	÷
T. M.	Con. Estrab	Def. Sep. 1.	id Inf.	(an)	15/30 o. u.	15/w	—
M. M.	Sl. Conjunc	Normal	id Gr.	....	15/15	20/w	C. D.
R. P.	....	....	id	(an)	15/30 o. u.	3/w, 2/w	—
J. B.	Sus. Trac. (ru)	....	id	(an)	15/30 o. u.	2/w, 6/w	C. D.
P. C.	Sus. Trac	Rin. Cro.	id Inf.		15/20 o. u.	[illegible]/w o u.	—
J. L B.	Conjunc.	id id	id Inf.		15/15	20/w	÷
F. M.	Cron. Conj.	Rin Uls. Cr	id Inf.		15/15	5/w, 3/w	C D.
R. C.	Int. trach,	Chr. Rin	id Inf.		15/15zgr.dif.	4/w au.	C. D.
V. B.	Trac (Estrab	Cro. Rin	id Inf.	(an)	15/20 no. fix	15/w	C D.
J. C.	Trac.	....	id Inf.		15/12/20	4/w o. u.	— —
A. F.	Sus. Trac.	....	id		15/15	20/w	— — —
G. R.	Cron. Conj.	Cro. Rin.	id Inf.		15/15/30	15/w/10	— — — —
P. P.	Sl. Conjunc.	id id	id Inf.	ph.	15/15	20/w	— —
J. V.	Tracoma	id id	id sl. Inf.		15/20/30	5/w	C. D.

LA PROTECCION A LA INFANCIA EN LA LUCHA ANTITUBERCULOSA.

POR EL DR. M. QUEVEDO BAEZ.

Hace algún tiempo tuvimos el propósito de hacer obra efectiva para la campaña antituberculosa, que se viene librando en este país, y, al efecto enunciamos la fundación de un Dispensario de la Infancia.

Aquel proyecto cayó en medio de glacial indiferencia, pero no así la idea que lo informó, porque ella es la misma que anima estas cuartillas.

Nos enamoramos del plan, primero por ser asunto relacionado con los niños y, segundo, por entender, que sólo así, por ese medio, podría hacerse efectiva y provechosa toda labor contra la tuberculosis.

Somos partidarios de que más que combatir la enfermedad o buscar defensas contra ella, es preferible prevenirla, y, en ningún campo ha de ser más fecunda esta acción, que en el que nos brinda la niñez.

Como médicos participamos del dolor de no ver rendidos los arrestos implacables de esa enfermedad, aún en los avances del presente siglo.

No nos es indiferente considerar cuántas frentes sesudas de sabios se han caldeado al calor de fatigosas investigaciones, allá en lo oscuro y silencioso de sus gabinetes de estudio, al parecer de la manera más infructuosa, sin la radiación luminosa de un éxito.

Tampoco nos son indiferentes, las esperanzas y los anhelos desvanecidos de tantos seres humanos que, en las crueles angustias de su enfermedad, clamaron sin cesar al cielo, en busca de alivio para sus dolencias, sin que la esperanza o el anhelo se convirtieran en una realidad hermosa que les alentara a vivir.

En medio de ese desfile de energías y de sufrimientos, mientras los sabios encanecidos inclinaron su cabeza ante la tumba y desaparecieron en medio del silencio

de las multitudes; y, mientras millares de millares de seres sucumbieron, debatiéndose contra la enfermedad, sólo lograron satisfacciones y éxitos los mercaderes y los industriales, que vieron repletas sus bolsas y en auge sus negocios, cada vez que, de sus bodegas mercenarias, salió un producto preconizado como una panacea de salud y de vida para infelices víctimas de la enfermedad.

Sigue existiendo el mismo paréntesis abierto entre los enfermos y los recursos que la ciencia pone a su alcance para aliviarlos o curarlos.

El dolor y la muerte continúan, sin detenerse en su nefasta obra de desolación.

Y, cuando eso es una realidad desconsoladora, que borra todo signo de progreso científico a este respecto, aún la Caridad mueve el corazón de gentes sanas y piadosas, que mantinen la ilusión de que va a desvanecerse el fantasma terrorífico del mal, con sólo congregarse e inclinar sus sentimientos de piedad del lado de ese problema.

¿Cómo y de qué manera se proponen ellas desvanecer ese fantasma? Pues por el artificio infecundo de unos cuantos axiomas y unos cuantos consejos, encaminados a hacer menor el contagio tuberculoso, en su radio de acción.

Respire usted aire puro, no duerma en locales reducidos, haga ejercicio físico, no fatigue mucho sus órganos, haga usted plena vida de higiene, etc., etc., y tantos otros consejos que se divulgan, capaces de llenar las páginas de un libro.

Todo eso es bueno y verdadero; pero todo eso no ha podido levantarse como un brazo fuerte a detener el avance de la enfermedad y de la muerte.

Mientras tanto, existe inexplotado el verdadero campo de acción donde cimentar la base de toda campaña antituberculosa.

Decimos inexplotado, en relación con nuestro país, donde todavía el verbo de la ciencia no se ha asomado a los hogares junto a las cunas, a prodigar sus verdaderos consuelos.

Estamos necesitados de abonar el terreno de la infancia, para que las tiernas plantas de los niños, crezcan lozanas y frescas y no envenene su sangre el germen de la tuberculosis.

Mientras la acción social y médica no se haga efectiva junto a las madres y cerca a los niños, todo esfuerzo resultará estéril.

* * *

Quisimos nosotros, hace unos tres años, al calor de una idea que nos había enloquecido, fundar en Puerto Rico un Dispensario de la Infancia.

Ciegos de entusiasmo, con la venda de inexperiencia en cuanto a no haber, hasta entonces, osado penetrar en lo hondo de la conciencia colectiva, creímos fácil y hacedero aquel laudable proyecto.

Nos olvidábamos, engolfados en esa corriente de entusiasmos, que no basta aventar una idea por buena y luminosa que ella sea, si el ambiente que ha de recibirla y donde haya de desarrollarse, no está preparado para ello.

No pensamos tampoco en el carácter de la época en que actuábamos; olvidamos que no son los problemas del sentimiento los que se encauzan en la conciencia colectiva y que otros, más duros, más recios o más prosáicos intereses, son los que atraen y controlan todas las actividades humanas.

Nuestro problema, aunque científico y

social, tiene mucho de sentimental, y no es este aspecto del vivir, el que solicita las voluntades humanas.

Claro está, que nuestra idea fracasó en el medio ambiente, por impreparación social para acogerlo y llevarlo a la práctica.

Mas esto no puede ser óbice para que enterremos tan generosa idea en la tumba de esa indiferencia, porque idea es y ella irá, como por medio subterráneo, labrando en las conciencias, y un día, importa poco que sea en fecha reciente, la idea, sobreponiéndose al medio, triunfará.

Hoy, la sociedad deja que sus niños, los ciudadanos del futuro, se escurran por las hondas grietas que la muerte abre en nuestro suelo patrio; los deja ir en medio de un silencio y una ignorancia manifiestos, pero pecaminosos.

Ella, la sociedad, va ahora, por sus derroteros naturales, los que le ha trazado la mano mercenaria de los intereses privados, por donde la empujan la ambición y los egoísmos en maridaje con el lujo, la vanidad y los vicios.

En medio de ese silencio y de esa soledad y frente al desfile de niños que la muerte arrebata, sólo las madres y la patria lloran, porque son las únicas que van iluminadas y seguras a cumplir sus destinos.

No hemos renunciado a esa idea generosa, y, mientras vienen días en que pueda nuestra sociedad disponerse a cumplir los hermosos fines que ella entraña, queremos ir regando la simiente en el surco que nuestra labor y perseverancia vayan abriendo.

Importa disminuir la mortalidad infantil e importa, también, que los que la salven, vayan sanos a regenerar las filas donde luego hayan de actuar como ciudadanos.

Lo primero que necesitamos es tener hombres que piensen al igual que nosotros y que quieran inclinar su voluntad en ese mismo sentido.

Interesamos que las mujeres, las que son madres o estén próximas a serlo, ayuden nuestra obra, porque ellas habrán de ser nuestros mejores y más eficaces auxiliares.

A estos fines encaminados, nosotros queremos llevar a su realización la idea de la "Gota de Leche", de la manera más elemental, pero efectiva y práctica.

No contaremos con recursos de sociedades contituídas ni de fondos públicos. Por ahora nos bastará nuestro propio esfuerzo. Nada vamos a necesitar. Una modesta sala de recibo, nuestra mesa de trabajo y hospitalidad franca y cortés para las madres que quieran recibir los beneficios de de esta hermosa obra.

A viva voz, diremos a las madres cuáles son los secretos que el arte de criar a sus hijos, les exije y deben saber.

Les daremos una breve y modesta instrucción de cuanto a ellas atañe en la difícil tarea de criar un niño.

Las haremos entender, que no basta tener llenos y repletos los senos donde ellas guardan el tesoro de vida para sus hijos.

Necesitan ellas reglas precisas en la manera de lactar y unas cuantas prácticas de higiene, auxiliares de la lactancia materna.

El instinto de la madre no es bastante en esa labor, como no es bastante tampoco la pericia del médico, si él desconoce los principios elementales que el arte de dirigir la vida de los niños requiere.

Este será nuestro principio, y así pen-

samos echar los cimientos de un verdadero "Dispensario de la Infancia", mirando siempre a un hermoso fin de caridad y de ciencia, pero mirando al mismo tiempo, hondo y hacia dentro, donde el corazón en su latir nos va diciendo, que en cada niño que salvemos de los peligros de la lactancia, empujaremos un hombre, un ciudadano futuro para bien y honor de nuestra pobre patria, que sólo así podrá, en su pequeñez, ser enaltecida, ser grande y ser feliz.

OVARIAN PREGNANCY

BY DR. J. AVILES

Althoguh ovarian prenancy is one of the rarest form of ectopic gestation, there being over 30 cases on record, we wish to report and illustrate this exceptionally good specimen of ovarian pregnancy, because this specimen affords us the opportunity to finding some confirmation of the inflammation theory as to the cause of ectopic pregnancy.

The actual causes of ectopic pregnancy are unknown, but the following have been advanced with more or less plausibility in the order named; (1) Salpingitis; (2) pelvic adhesions; (3) infantile tubes with lack of cilia; (4) external wandering of the ovum; (5) diverticula and accesory tubes; (6) decidual reaction of the tubes; (7) diseases of the corpus luteum (Frankel and Opitz).

The first mention of extra uterine pregnancy is by Abalcasis in the tenth century and Riolan in 1626 refers to several cases. Since then, the subject was frequently noticed and recently, since operative interferences has become common, an enormous literature has accumulated. (Werth.)

The frequency and the serious symptoms of extra uterine pregnancy lead us to a careful consideration upon the subject when patients complain of pelvic disturbances. Hirst estimates that 1 in every 500 pregnancies is extra uterine. From our observations we are almost convinced, that pelvic inflammation, explains for an important factor in the ocurrences of extra uterine pregnancy.

The diagnosis of ectopic gestation, presents some difficulties. A good number of ectopic pregnancy come to the physician with mild pelvic disturbances and with atypical history to mislead the diagnosis.

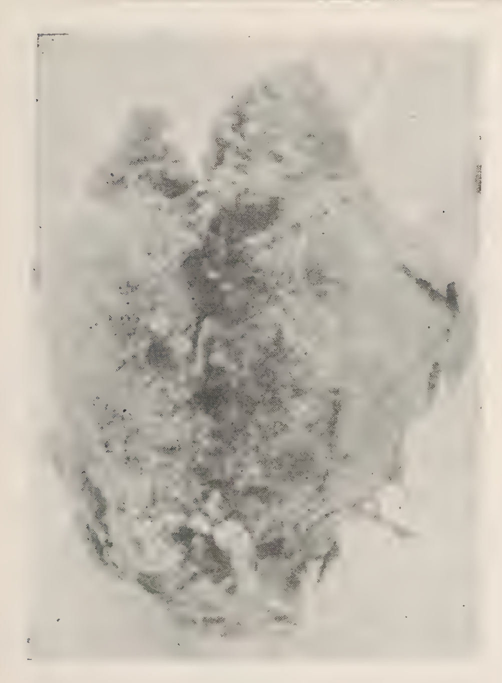
We have several specimens of tubal pregnancy operated upon at the Municipal Hospital, in which the diagnosis were miscorrected previous to operation. In all these cases we alvays found an inflammatory condition of both anexa.

The case we present here, rests upon the following original records:

Women's Hospital: Patient S. S., admited the 7th of February 1913 with chancroids on both labia, of 37 years old, white, for twelve years has been in the prostitution, nullipara.

Pathological antecedents: (vaginal gonorrhea.)

Was under treatment for two weeks, leaving the Hospital well. In August 4th, 1913 was readmited in the same Hospital with gonorrhea vaginal discharges. Was under treatment till August 18th, leaving the Hospital, apparently well. In January 13th, 1914, was admitted at the Municipal Hospital refering the following history: About a month and a half she felt an acute pain in the



Molar mass formed by an ovarian pregnancy with with a hematocele, placenta and villi.

lower pelvis. A month and a half previous to this attack of pain, the menstrual periods disappeared. A catarrhal discharge came from the vagina after the disappearances of the menses. A week ago she was seized with severe cold, high fever and vomits. She suffered of dispnea at the time of admission. On physical examination, she presented a tumor on the left pelvic region bulging the posterior cul de sac of Douglas.

She was operated the next day of her admission by making an incision in the posterior vaginal pouch. About 3 ounces of pus came out. A rubber drainage tube was inserted in the vaginal wound after the operation. The abdominal tumor diminished in size very little. The fever disappeared after the operation and by her own request she left the Hospital on January, 27th, 1914.

In February 7th she again was admitted at the Women's Hospital and gave the following symptoms: Pain in the left iliac region, temperature 38.4°, dizziness, nauseas, constipation, painful micturition, vaginal bloody discharges. On physical examination presented a pelvic tumor in the left iliac region.

Diagnosis: Left Ovarian Cyst.

Operation: February 23rd 1914. Abdominal median incision from about two inches above the pubic spine to about one inch near the umblicus, In opening the abdomen we found a hard tumoral mass with the omentun very adherent to the tumor. It was necessary to ligate some blood vessels of the omentun to separate the adhesions from the mass. We proceded to enucleate the tumor and found that it was adherent to the intestines, bladder and the uterus. In its anatomical relation, it



Fetus imbedded in lef ovary.

corresponded to the left ovary and tube. In size it was larger than an orange. After some hard difficulties we finally enucle-

ated the tumor. We made an examination of the right anexa and found them adherent and with a plastic inflammation. We performed the operation for salpingo ovariectomy, leaving the uterus, although it was larger than normal. We closed the wound in the usual manner, (peritoneum, muscles, fascia and skin).

On making a cross section of the tumor, we were surprised to find a fetus inbedded in the ovary, corresponding in size to a three moths gestation, some villi and desorganized placental tissues.

The patient made a nice recovery and left the Hospital on March 22nd.

Conclusions: It is very hard to decide whether the case was ovarian in origen, because the cystic mass quickly makes adhesions to the tubes and uterus.

A pregnancy on the fimbria ovarica may tear loose from its attachment or may grow over into the ovary. In this case a hematocele was formed with death of the fetus, giving rise to a molar tumor.

The speciment illustrates well the size of the fetus and of the tumor.

Very rarely do the first months of an ectopic gestation pass without symptoms which direct attention to the pelvis as the seat of trouble (De Lee).

Pelvic diseases play an important factor in the causation of ectopic gestation.

Con gusto damos cabida en nuestras columnas al siguiente trabajo con que nos ha favorecido uno de los estudiantes de Medicina que cursan la carrera en Baltimore, don Manuel Pujadas Díaz, el cual se graduará en este año. El asunto es interesante y está presentado en forma concreta muy clara, demostrando las felices aptitudes y conocimientos del autor.

INTUSUSCEPCION INFANTIL.

Experiencia en 27 casos relatados en los "Annals of Surgery."

POR MANUEL PUJADAS DIAZ.

(*Alumno de último año del Colegio de Médicos y Cirujanos de Baltimore.*)

Bosquejo incluyendo los puntos de discusión:

1.—Mecanismo de su formación.

II.—Etiología.

III.—Situación más común.

IV.—Sintomatología.

V.—Tratamiento.

a) Operados.

b) No operados.

c) Resultado.

VI.—Complicaciones.

VII.—Reducción espontánea de la condición.

VIII.—Conclusiones.

Mecanismo de su formación:

Cuando una parte del intestino se in-

vagina en la de abajo, tenemos la condición que lleva el nombre de intususcepción, la cual es responsable de una tercera parte de todos los casos de obstrucción intestinal que se observan.

En la niñez la mayor parte de los casos de obstrucción son debidos a esta causa. No se ha dado aún una explicación satisfactoria respecto al mecanismo de la formación de la Intususcepción Infantil. Se cree, sin embargo, que los factores que hacen la invaginación posible son largos mesenterios del íleon y cœcum y probablemente cierta disparidad en el calibre de los intestinos pequeño y grande, que hace que las partes envueltas puedan moverse libremente dentro de un espacio holgado, induciendo de ese modo la entrada del segmento más pequeño dentro del mayor.

Parece ser una proposición difícil de comprender el principio de la invaginación. Algunas teorías la atribuyen a cierta irritación que trae por consecuencia una gran cantidad de acción peristáltica irregular. También se pone mucho énfasis en las frecuentes epidemias de diarrea que ocurren durante el verano como medio tendente a producir la condición. Estas teorías, como más adelante veremos, no encajan en absoluto con los 27 casos a que aquí nos referimos.

ETIOLOGIA.

Edad: La mayoría de los pacientes eran menores de un año. El mayor tenía 3 años y el menor 3 meses.

Sexo: 17 eran varones y 10 hembras.

Herencia: No había predisposición alguna de herencia o de raza.

Estación: Ocurrió sólo un caso una vez en julio y otra en agosto, las épocas justamente cuando la diarrea de verano es más común y cuando, desde luego, era de esperarse el mayor número. Hubo 5 casos en junio, 5 en octubre, 4 en febrero y el resto durante el término del año.

Dieta: Sólo hubo un caso en que la historia indicaba que alguna indiscreción de dieta podía ser la causa responsable.

SITUACION MAS COMUN:

Muchas de las historias no dan una idea muy clara del tipo de intususcepción encontrado. En la gran mayoría de los casos la región íleo-cœcal estaba invaginada en el colon.

SINTOMATOLOGIA.

Por lo general las historias no mencionan niniguna amormalidad, aparte de las condiciones que hayan precedido al ataque agudo, pues aunque *cinco* tuvieron diarrea durante varios días antes, y dos, más o menos vómitos y diarreas por espacio de un mes, estos síntomas probablemente pueden haber sido debidos al principio de la obstrucción.

Los síntomas empezaban por lo general de repente con vómitos y evacuaciones sanguinolentas. En dos historias no aparecen estos síntomas, mientras que otra dá sólo úno de ambos síntomas; sin embargo, ellas parecen ser características de la enfermedad. El período más corto que duraron los síntomas fué de 12 horas, y el más largo de 8 días. El paciente moría siempre en aquellos casos que se prolongaban 4 días más o menos. Todos los pacientes en que los síntomas duraron un día o menos recobraron.

Se hallaron tumores del recto en pocos casos, y los pacientes vivieron. Había también distención y rigidez de las paredes abdominales.

TRATAMIENTO:

Operatorio: Al hacerse el diagnóstico, la operación inmediata le seguía. Generalmente se abría el adbómen en o cerca de la línea media, se localizaba el tumor, y se llevaba a efecto la reducción haciendo suave presión en el término distante de la invaginación y forzando la parte invaginada fuera, del mismo modo que se exprime hasta sacarlo un tubo de otro.

No operados: Las irrigaciones por el recto dieron resultado satisfactorio en aquellos casos en que se tuvo la precaución de efectuar la reducción por este medio ni muy temprano ni muy tarde.

Resultados: De los 27 casos sólo 20 sufrieron operación con una mortalidad de 66 %. El tratamiento no operatorio dió una mortalidad de menos de 50 %. Esto es, 7 de 20 operados recobraron, mientras que de los no operados recobraron 4. No obstante, semejante resultado, el tratamiento ideal es la pronta operación.

En resumen: de los 27 pacientes 11 vivieron. No se han tenido noticias de los cuatro primeros. El resto ha permanecido libre de síntomas de intususcepción y gozando relativamente de buena salud.

COMPLICACIONES:

En varios casos se presentaron serias complicaciones: una vez una intususcepción doble, en otra ocasión un vólvulo y varias veces gangrena y perforación. Todos los casos complicados fallecieron.

REDUCCION ESPONTANEA:

La ocurrencia de estos casos de reducciión espontánea de intususcepción es mucho más frecuente de lo que se cree. Es un hecho que ocurre muchas veces en infantes que mueren o recobran sin llevarse a cabo un diagnóstico correcto. Una buena ilustración de esto se presenta en los siguientes dos casos:

1.° Un niño que 7 semanas antes de admitirse en el hospital sufrió de vómitos y evacuaciones sanguinolentas. En poco tiempo estos síntomas desaparecieron. Tres semanas más tarde fué tratado en el Dispensario por Gastro-Enteritis, con buen resultado. Permaneció bien hasta algunas semanas después en que los vómitos y evacuaciones sanguinolentas reaparecieron; esta vez acompañados de una protusión en el ano. Este indudablemente fué un caso de reducción espontánea con subsecuente recurrencia.

2.° Otro niño con vómitos y evacuaciones sanguinolentas un mes antes de su admisión. Este ataque duró sólo 10 días, volviendo más tarde a aparecer de nuevo los referidos síntomas.

Han sido muchos los casos que además de los citados han presentado los referidos síntomas con el consiguiente restablecimiento, todo lo cual tiende a demostrar que la intususcepción no es una condición que habiendo empezado progresa hasta que el paciente muere o se cura mediante debido tratamiento, sino que, más bien induce a pensar que el defecto anatómico de la cual depende, facilita la posibilidad de frecuentes invaginaciones o reducciones hasta que los cambios inflamatorios consiguientes sostienen el intestino en una u otra de dichas posiciones. Tal estado se

diagnostica y trata cuando tumores y otras reacciones inflamatorias impiden la reducción espontánea, y causan más o menos obstrucción de la corriente fecal y se producen hemorragias, por efecto de una membrana mucosa congestionada.

CONCLUSIONES:

La Intususcepción depende esencialmente de una arreglo anatómico defectuoso.

—Su situación más común es aquella en que la región ileo-cœcal se innvagina en el Colon.

—Los principales síntomas son repentinos vómitos y evacuaciones sanguinolentas. También tumores del recto, distención y rigidez del abdómen.

—El tratamiento consiste en la operación inmediata. Cuando el tratamiento quirúrgico no es posible, úsense las inyecciones por el recto no muy tarde ni muy temprano.

TIEMPOS SEGUIDOS EN LA OPERACION:

1. Abrir el abdómen en la línea media o sobre el tumor si se puede palpar.

2. Reducción.

3. Evítese la evacuación del intestino.

4. Si hay adhesiones que impidan la reducción, hágase una escisión de la parte intususceptada.

5. Si hay gangrenas del intestino, hágase un ano artificial.

—La reducción espontánea del intestino es posible y ocurre con más frecuencia de lo que se cree.

NOTAS VARIAS.

LA TOXEMIA NEURASTENICA Y : : : SU TRATAMIENTO : : :

POR EL DR FABRE.

Tal vez se ha pasado en silencio algo más de lo debido la concepción muy reciente, pero muy fundada también, hace tres años emitida por el Dr. Page, médico jefe de la Casa de Salud de Bellevue, acerca de la patogenia de los estados neurasténicos. Este autor considera que estos estados son la consecuencia más o menos cercana de una verdadera intoxicación del sistema nervioso y, en particular, de los centros psíquicos.

Su teoría, que fué desarrollada en un libro que tenía por título la "Toxemia Neurasténica", fué rápidamente aceptada por los neurólogos y en verdad es la que al presente se considera como clásica. Es, pues, de interés insistir sobre los hechos que han sido expuestos por Page, y averiguar cuál es la importancia que ellos han tenido en la manera de tratar la neurastenia.

"No se vuelve neurasténico quien quiere", decía Charcot en sus lecciones de los martes. Esto quiere decir que todo neurasténico presenta un cierto estado nervioso hereditario que le predispone a los accidentes futuros. El cree que las enfermedades infecciosas de la infancia, la falta de ejercicio físico, la necesidad de descansar durante horas en una pieza mal ventilada, y sobrecalentada, los desórdenes por constipación y mal de estómago, son las varias causas de las neurastenias de la juventud y los que crean las predisposición

para los estados neurasténicos del adulto. después de las enfermedades infecciosas. Se sabe cuán frecuente es la alienacinn

Christian, Mac Simon y otros han demostrado que la fiebre tifoidea es, entre todas las enfermedades infecciosas agudas, la que es seguida más a menudo de alienación mental y desórdenes nerviosos. La gripe juega un papel de la misma índole. Sucede lo mismo con el sarampión, el paludismo, el reumatismo articular, etc. Si la enfermedades infecciosas pueden originar la alienación mental, ellas pueden, con más razón, ser el origen de la neurastenia, e innumerables hechos, bien observados, lo prueban superabundantemente.

En otro orden de ideas, la intoxicación de origen intestinal modifica el buen funcionamiento de las células nerviosas, Kraft, Ebing, Schüle, Von Solder, Westphal, consideran los desórdenes de los órganos digestivos como una de las principales causas de nervosismo, y el último de estos autores llega hasta pretender que las fobias no son sino síntomas nerviosos de una enfermedad gástrica, que es la sola que hay que tratar.

Esta es la oportunidad de recordar la teoría de Slénar, de Vichy, que considera los estados neuropáticos como consecutivos, muy a menudo, de desórdenes digestivos ligados a ptosis orgánicas.

Actualmente se tiene la tendencia a considerar más bien las ptosis orgánicas como engendradas por el mal estado del sistema nervioso, pero el papel de los trastornos digestivos es siempre considerado de igual modo. Los colémicos descritos pcr Silbert presentan una tendencia a la tristeza, que hace de ellos verdaderos neurópatas, y no es dudoso que estos enfermos no estén también influenciados por una intoxicación, débil tal vez, pero permanente.

Sería fácil multiplicar las citas de hechos de este género, y mostrar, por ejemplo, que los estados neurasténicos que evolúan alrededor de los cincuenta, son el resultado de intoxicaciones ligadas a un mal estado de los vasos, y sobre todo, de los riñones. Lo mismo puede decirse en lo que concierne a las neurastenias consecutivas a trastornos del aparato urinario. Los desórdenes nerviosos que aparecen en las mujeres en la época de la menopausia, como también los que se observan en las jóvenes hacia la época de la pubertad, reconocen desde cierto punto de vista, por causa las auto-intoxicaciones.

Lo mismo que las células nerviosas pueden fijar el virus tetánico o el virus rábico, de igual modo peuden probablemente fijar otras toxinas, de origen alimenticio, por ejemplo, y circular a consecuencia de reabsorciones intestinales. Son estos productos los que perturban el buen funcionamiento de los centros psíquicos, y provocan en los sujetos predispuestos, los diversos desórdenes que se tiene el hábito de clasificar bajo el nombre de neurastenia. Esta manera de interpretar los hechos explica muy bien, según el Dr. Page, la sucesión de los distintos síntomas de la neurastenia. Ella permite comprender la muy lenta invasión de la enfermedad, su período de estado en general muy largo también,, y la dificultad de una curación que no puede, en suma, obtenerse si no por la eliminación de toxinas o por su neutraliización por medio de una autotoxina.

Es en esta dirección en la que se han dirigido las investigaciones del Dr. Page. Ha buscado una antitoxina capaz de con-

ducirse ante los venenos productores de la intoxicación, causa de la neurastenia, de la misma manera que se conducen los lipoides y en particular la colesterina y sus diversos derivados ante la toxina del tétano o ante el veneno tuberculoso.

En una comunicación hecha ante la Academia de Medicina el 30 de Marzo de 1909, el Dr. Page relató los felices resultados que él había obtenido utilizando en el tratamiento de la neurastenia un extracto cerebral que actúa como una verdadera antitoxina. Su trabajo se inspiró en las investigaciones anteriores hechas por Constantin Paul que utilizó un extracto opoterápico cerebral con el que obtuvo felices efectos. Pero en vez de tomar un extracto cerebral, Page ha aislado en la materia cerebral las antitoxinas, lecitinas, colesterinas, fosfatidas, las que le han dado una mezcla total de propiedades netamente terapéuticas. Esta mezcla, a la cual otros autores han dado el nombre de cerebron, permite obtener, en muchos casos, la curación rápida de la depresión psíquica y de las fobias que caracterizan tan numerosos estados nerviosos.

Así es como el Dr. Bombart ha podido relatar ante el Congreso de la Asociación Francesa para el Avance de las Ciencias, celebrado en Nantes en Agosto de 1909, cuatro casos de neurastenia curados rápidamente por las inyecciones de cerebron. Evidentemente el tratamiento es todavía nuevo, pero se apoya en un número de hechos suficientemente numerosos, para que nos sea permitido hablar de su eficacia. Las antitoxinas inyectadas fijan, de alguna manera, las toxinas que impregnan las células nerviosas y les quitan, por consiguiente, sus cualidades nocivas. Esto nos recuerda enseguida las bellas experiencias del Profesor Vincent, de Val-de-Grace y las de Phisalix, que neutralizan, el uno la toxina tetánica, el otro la toxina del veneno del cobra, mezclándose con colesterina.

El tratamiento de la neurastenia, enfermedad tóxica, por un producto que viene así a neutralizar su elemento causal, es de los más lógicos; y es de esperar que su vulgarización hará disminuir sino el número, al menos la duración de los casos tan frecuentes de intoxicación neurasténica."

De le "Revue Moderne de Terapeutique et de Biologie."

LA SALUD EN LA ZONA DEL CANAL

Durante el mes de Enero de 1914, el número total de muertes, por varias causas, entre los empleados de la Comisión Istmica del Canal, fué de 33, de las cuales 20 fueron ocasionadas por enfermedades y 13 por muertes violentas, haciendo un promedio anual por 1,000, de 8.13. El promedio de muertes anual por 1,000 en las ciudades de Panamá y Colón, y de la Zona del Canal, incluyendo tanto a los empleados como a la población civil, fué en el mes, de 25.94, representando un aumento considerable sobre igual mes del año pasado y del de 1912, en que fué de 17.67. Entre los empleados, las muertes causadas por las enfermedades principales durante el mes fueron como sigue: disentería, 1; pneumonía lobar, 4; malaria, 1, y tuberculosis, 7.

Durante el mes no se originaron ni fueron importados en el Istmo casos algunos de fiebre amarilla, viruela o Peste.



REGISTRADOR CLINICO AUTOMATICO.

Tomamos del "Oficial Bulletin of the National Dental Association", la siguiente descripción de un instrumento, destinado a prestar valiosos servicios a la humanidad, invención del Dr. Weston A. Price.

Como se verá, este ingenioso mecanismo será de gran utilidad especialmente en los hospitales, en donde se obtendrá la temperatura de los enfermos de una manera automática, registrada en la carta conectada con el aparato; y, cuando cualquiera de estos factores indique peligro, una luz o una campana avisará automáticamente también en el cuarto de la enfermera o del Superintendente, la existencia de peligro.

Nota: El diseño que acompaña á este trabajo ha estado en estudio durante años y en construcción, durante quince.

El fin de este nuevo instrumento es el indicar y registrar permanentemente ciertas condiciones clínicas importantes de los enfermos cada minuto, sin ninnguna sensación, malestar o inconveniencia de parte del paciente. Con él se registrará la temperatura axilar dentro de una fracción de grado, e indicará la temperatura aún en los más pequeños cambios con gran exactitud y rapidez. El aparato que hace esta lectura, que es del tamaño de una moneda ordinaria de diez centavos, se coloca en el punto que se desea. Las respiraciones se cuentan por minuto, y se indican directamente, quedando registradas de un modo permanente al final de cada minuto. Los latidos del corazón se cuentan y se registran en aquellos pacientes que tienen una acción normal suficiente para efectuar una pulsación sobre la superficie del corazón. Todos estos elementos, a saber, temperatura, respiración y latidos del corazón, si se toman, quedan apuntados en una lámina movible de papel que puede ser quitada de tiempo en tiempo, si así se desea, o, puede ser dejada como un registro continuado.

El instrumento está también hecho para uso de hospitales, en donde el mismo aparato registrará un número de pacientes, como por ejemplo, todos los que ocupan las camas de una sala. Anotará los datos del paciente cada minuto, durante cinco minutos y al fin de éstos, marcará en un espacio opuesto, el número de la cama y automáticamente cambiará su conección a la inmediata cama y recogerá del enfermo los mismos datos por otros cinco minutos. De este modo cada enfermo de la sala, sería registrado en turno y el instrumento volvería automáticamente a la cama primera. Se puede arreglar para cualquier número de camas que estén ocupadas y no registrar las otras. Mientras registra todos los pacientes de una sala, puede, a voluntad, arreglarse para que recoja la observación de una sola cama por un período más o menos largo, si así se desea. El instrumento está diseñado para ser colocado en el cuarto privado de la enfermera fuera de la sala, en donde ella dé un vistazo, bien leyendo los indicadores o el registro, pueda enterarse de la condición o de los cambios progresivos que tienen lugar en todos o cada uno de los enfermos.

Si alguno de los elementos, temperatura, respiración o latidos del corazón se ponen o muy altos o muy bajos, ajustado a voluntad el instrumento, automáticamente produce una señal de peligro en forma de una luz roja, o por el sonido de un timbre, o por ambos, en cualquier localidad que se desee, según convenga, hasta una milla de distancia, ya en la propia habitación, teniendo simplemente un cirtuíto eléctrico. Una aplicación práctica será que la luz roja, la campanilla o ambas se usarán en el cuarto privado de la enfermera, así como también en la oficina del Superintendente. Estas señales continuarían viniendo cada minuto hasta que la condición que se indica fuese corregida o cambiada, lo que tendría lugar mediante los cuidados que se dén al enfermo para regular su temperatura o el punto en que se hubiese fijado el instrumento para dar una señal de peligro para aquel paciente. Otra aplicación práctica de esto y que sería útil es el registro de todos los cambios bruscos en la condición de los pacientes, bien estén éstos dormidos o despiertos, tales como las crisis en la neumonía o tifoidea, disturbios de la circulación o del sistema nervioso, subida o bajada de la fiebre, to-

dos los cuales destruyen la vida de tantos pacientes sin que se haya avisado o tengan conocimiento de ella los enfermeros ni aún el paciente mismo. Hay una forma reducida, portable, del instrumento que se puede colocar en el maletín del médico para uso en las residencias particulares de enfermos. Las conecciones con el paciente se hacen por medio de cordones flexibles que pasan por la almohada, el cuello de la camisa de dormir, con un conectador de una pulgada fuera del cuello, el que el paciente o la enfermera puede desconectar a voluntad, para que el enfermo pueda moverse libremente. El indicador de la temperatura se mantiene en su lugar con un pedazo de tira adhesiva de cirujano, siendo como se ha dicho, del tamaño de una moneda de diez centavos. Las respiraciones se indican por una tira o cinturón muy ligero de seda que pasa alrededor del pecho o cintura ligeramente como una faja, que tiene un pequeño aparatito muy reducido, pero muy sensible, que indica las diferencias de circunferencia del torax a cada inhalaciión y exhalación, y cuyo aparatito cierra un circuíto por *relay*, y de este modo, mecánicamente, opera el registro. Los latidos del corazón quedan registrados por cualquiera de las dos conecciones, una que se usa en donde el movimiento de la superficie, debido a la pulsación del corazón, es suficiente para hacerlo funcionar, y otra por medio de una forma algo parecida a un teléfono en miniatura, muy pequeño que funciona por *relay*. Puesto que la respiración y la temperatura, pueden ser registradas fácilmente en todos los casos y los latidos del corazón son más difíciles, los primeros solamente eran tomados en la mayor parte de los casos. Estos se verán claramente por la lectura de la hoja de registro. El instrumento será de grandes ventajas en la observación y estudio de los efectos progresivos de la medicación, los que de otro modo tendrían que depender grandemente de la interpretación de dichos efectos dados por el paciente. *El diseñador o inventor del instrumento lo presenta como una contribución de la profesión dental a la profesión médica y lo dedica al libre uso de todos para el mejor interés de la humanidad.*

PRONOSTICO EN LA ANESTESIA — — — GENERAL — — —

Por el *Dr. V. A. Stange.*

Stange insiste de nuevo en que son las condiciones del corazón el mejor indicador de la aptitud del paciente para soportar el cloroformo o el éter en la anestesia general. La proporción de muertes por el cloroformo es de 1: 1,000 o 2,000 y por el éter de 1: 4,000 o 5,000. Para determinar la condición de los músculos cardíacos, recomienda la llamada prueba respiratoria; esto es, la capacidad de abstenerse de respirar por algún tiempo. Esta en una persona saludable es de 30 o 40 segundos, mientras que una persona del corazón débil, sólo puede abstenerse de respirar por 10 o a lo más por 20 segundos.

La prueba es muy simple. Estando sentado el paciente se le hace efectuar una inspiración profunda y cerrar la boca, y comprimiéndole la nariz ligeramente para evitar una involuntaria expiración, se le pide al paciente que se refrene en su respiración tanto tiempo como le sea posible; mientras, se van contando los segundos.

Estos experimentos han demostrado que en la tuberculosis pulmonar los pacientes pueden permanecer 25 segundos sin respirar; en bronquitis crónica, 28; en enfisema pulmonar, 24; en insuficiencia mitral, 22; en estenósis mitral, 20; en estenósis de la arteria pulmonar, 18; en insuficiencia aórtica, 15; en miocarditis crónica, 17, y en aneurisma de la aorta, 10.

Stange recomienda esta prueba en cada caso antes de empezar cualquier operación, y si el paciente no puede abstenerse de respirar por más de 20 segundos, usar la anestesia local, o, si la operación no es urgente, mejorar el estado general del paciente y tratar de fortalecer el corazón primero. También hace saber que algunas compañías americanas de Seguros de Vida no consideran un candidato bien riesgo, si en la prueba respiratoria es menos de 40 segundos de resistencia.

(Del *Russky Vrach,* San Petersburgo.)

EL ALCOHOL, LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS Y LA TUBERCULOSIS

Por el *Dr. H. Vallow.*

H. Vallow anota que el Alcoholismo prevalece más entre los pacientes varones tuberculosos, que entre la población masculina normal, y también que parece estar en exceso entre las mujeres. Esto no quiere decir que el alcohol, por sí mismo tenga que hacer en mucho con el ataque o con el progreso de la consunción, pero sí que el alcoholismo con sus asociados,—horas altas de la noche perdidas, la alimentación irregular, la pobreza que trae consigo, la agrupación en casas públicas mal ventiladas en donde las condiciones higiénicas no tienen lugar—tiene una responsabilidad considerable en la cuestión de la tuberculosis. Si los hábitos del alcoholismo pueden ser tomados como una indicación de los hábitos de los pacientes tuberculosos de las clases pobres, los cálculos del autor tienden a la conclusión que él ha sostenido por algún tiempo, que si hay que hacer desaparecer la tuberculosis, también hay que mejorar los hábitos de un gran número de los pacientes. En lo que se refiere a las condiciones de las viviendas en relación con la tuberculosis, el autor anota que hay más tisis en casas aglomeradas como esas que parecen que están dándose las espaldas, sin ninguna ventilación mediadora, que en casas aisladas, bien ventiladas y buenas para vivir. Como el contacto con los casos de tuberculosis parece jugar un gran papel en el desarrollo de la enfermedad, es necesario que a la gente a quien concierne, se le diga el inmenso peligro que ellos están corriendo, y que hay pruebas de que tal peligro existe verdaderamente.

EL ANUNCIO DE LOS MEDICOS

A seguida de la Conferencia de mediados del invierno, sobre Salud Pública, Legislación y Educación Médica, de la Asociación Médica Americana, efectuada en Chicago en Febrero 23 y 24, aparecieron en la Prensa numerosos artículos, editoriales y comentarios con referencia a uno de los trabajos presentados en dicha conferencia. La esencia de las artículos de los periódicos era que la A. M. A., estaba considerando la revisión de sus principios

de Etica con el propósito de remover o modificar las restricciones a que están sujetos los médicos en el anuncio personal. Varios de los informes decían que la revisión de los principios de ética empezaría inmediatamente, y que una mayoría inmensa de los miembros de la Asociación estaba en favor de tal modificación. Según los datos que hemos recogido, podemos asegurar que no hay tal intención por parte de la A. M. A. en esta cuestión: los informes de los periódicos fueron debidos a una interpretación equivocada, y a la intención del escritor.

Todo se redujo a la presentación de argumentos en favor de procurar el mejor conocimiento y la cooperación más íntima de los editores de periódicos, como clase, en el trabajo de la profesión médica como organización. El autor no abogaba o discutía la cuestión del anuncio personal de los médicos; la proposición presentada a la Conferencia era algo diferente y por entero distinta de la explotación personal; era un alegato para la cooperación más íntima entre los organismos médicos y la Prensa, en beneficio del bienestar público; y no para el beneficio personal. Se sugería que el conocimiento y la experiencia de la profesión médica pudieran ser utilizados por la Prensa pública de dos maneras: primera, diseminando por medio de los periódicos el conocimiento científico que fuera de valor para el público en la prevención de las enfermedades, y segnndo, poniendo a la disposición de los periódicos que lo desearan, el conocimiento experto de la profesión médica para separar las instituciones valiosas y reputables, de las instituciones sin reputación y deshonradas, que buscan publicidad por medio de los periódicos.

De estas dos actividades, una ha sido inaugurada ya por la Asociación Médica Americana, y la otra es objeto de una seria consideración. Sin embargo, ninguna de las dos tiene relación alguna con la cuestión de la explotación personal de los médicos por medio del anuncio en periódicos o por otros medios. Un médico honorable no podría anunciarse, teniendo conciencia de ello, para negocio personal, por la misma razón que un ministro o un abogado honorable no se anunciaría. Un hombre profesional no tiene artículos que vender, su crédito sólo se funda en sus conocimientos científicos y en su habilidad personal; y aquél que clama tener mayores conocimientos que otros compañeros de profesión—ya sea médico, ministro o abogado—es un egoísta, o algo peor, y pierde tanto el respeto de sus hermanos en la profesión, como el de sus amigos y conciudadanos particulares.

LA CONSERVACION DE LOS AGENTES PATOGENOS POR LAS MOSCAS DURANTE EL SUEÑO INVERNAL.

Sabido es, desde los trabajos de Savtchenko, que las moscas se nutren con las materias fecales de los enfermos y que yendo enseguida a posarse sobre los alimentos, pueden propagar diferentes agentes patógenos y principalmente los vibriones coléricos. Beresoff ha tratado de saber si los microbios contenidos en el tubo digestivo de las moscas eran conservados vivos y patógenos durante el sueño invernal y si la mosca al despertarse en la primavera podría diseminar estos microbios so-

bre los alimentos, el agua, las heridas, etc. Los resultados obtenidos permiten responder afirmativamente.

En los hospitales de San Petersburgo el autor ha recogido 150 moscas después de su sueño invernal de cuatro o cinco meses. Estas moscas fueron primeramente lavadas en una solución de sublimado para desembarazar sus superficies de los microbios y este lavado era eficaz, pues los ensayos de cultura sobre "agar-agar" permanecieron estériles. Entonces solamente se abría el abdómen de las moscas y las culturas dieron resultados positivos.

En esas culturas el autor aisló primeramente varios microbios patógenos: estafilococos, piogenos albus y áureus, proteus mirabilis, bacterias coli y tres variedades de estafilococos piogenos. La inyección intraperitoneal de una pequeña cantidad de la cultura de uno de estos estreptococos mató los ratones en veinte y cuatro horas. El autor aisló enseguida un gran número de micrococos y de bacilos no patógenos para el hombre y cinco micro-organismos que no parecen haber sido todavía descritos hasta ahora.

En otra serie de experiencias, Beresoff recogió las moscas en el mes de marzo cuando se despertaban de su sueño invernal y las alimentó con diferentes culturas microbianas sobre botes de Petri. Las moscas comían ávidamente estas culturas y después morían al cabo de tres a siete días, casi siempre después de haber puesto sus huevos. Las moscas muertas eran abandonadas durante un mes y a veces por más tiempo, y luego, cuando ya estaban casi disecadas, Beresoff desinfectaba cuidadosamente sus superficies y hacía culturas con su contenido abdominal. Estas culturas dieron, ya el bacilo tífico, ya el paratífico, ya el piociánico o el estreptococo, según que las moscas habían sido alimentadas con el uno o el otro de estos microbios.

Sin embargo, se obtuvieron resultados negativos con el bacilo de la difteria, el paratífico y el vibrión colérico, en las moscas muertas desde hacía más de un mes.

En suma: estos trabajos demuestran que un gran número de microbios patógenos son conservados vivos en las moscas durante su sueño de varios meses y durante su muerte.

(Del *Roussky Vratch,* San Petersburgo)

LOS DEFECTIVOS EN NEW YORK

La vital necesidad de aumentar la provisión para el mantenimiento de las personas defectivas en New York, se ha demostrado por las estadísticas recientemente publicadas por el "Rome State Custodial Asylum", el que aboga porque se agranden sus planteles. El número de defectivos en el Estado es de 32,000, aproximadamente, o sea 1 por cada 300, según reza el informe. De éstos, sólo 4,900 son atendidos por los Asilos, mientras que 4,500 están esparcidos entre las prisiones del Estado, en cárceles, Casas de Corrección y Asilos de Mendigos. Véase, pues, que cerca de 22,600, o sea más de 2|3 del número total ,están entre la comunidad. El peligro de esto se vé mejor por el aumento progresivo de los degenerados mentalmente en la población. El número de niñas y mujeres en edad de concebir defectivas, se estima en 10,000 de las cuales 7,000 apro-

ximadamente están libres por todo el Estado; y bien se vé que una mujer o una niña defectiva es más peligrosa para la comunidad, que un hombre de igual condición. En lo que se refiere a la estipulación que se hace para el cuido de esta persona, debe recordarse que en el año 1890, en la base de 1 por cada 300, la población defectiva del Estado se estimaba en 19,99 , de los cuales 19,220 estaban sueltos, mientras que 770 solamente recibían asilo en las Instituciones. En el 1913 la población defectiva ha aumentado a 32 mil, y aunque 4,500 estaban atendidos por instituciones especiales y 4,900 estaban bajo restricción en otros sitios, quedaban en el Estado, 22,600. Estos números demuestran la necesidad imperiosa del aumento de medios para el cuido de esta clase de personas, y creese que esta necesidad se remediaría prontamente, aumentando las facilidades del Asilo mencionado, en el que hay sitio amplio para construir edificios adicionales. La economía de esto es evidente cuando se sabe que en la Institución de Roma, 1,250 internos están atendidos humanamente con un costo de $2.39 por cabeza, mientras que en los Reformatorios de Niños, el costo es de $4.66 por semana, y en los Reformatorios de Niñas, de $5.47. El relevar a los Reformatorios de esta clase de personas, les quitaría una gran carga, y haría un sitio para la clase más necesitada por sus condiciones del cuido del Refomatorio, y también produciría una gran economía al Estado, reduciendo el costo de su sostenimiento.

"Medical Record"

E. V. SEGURA: MYCOSIS DE LA MEMBRANA MUCOSA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES Y DE : : : LAS VIAS DIGESTIVAS : : :

Por el Dr. Georges Laurens.

El autor da cuenta de once casos de Mycosis de las vías respiratorias superiores y de las vías digestivas, los cuales él cree fueron debidos a la esporotricosis, aunque el esporotrico no fué encontrado en la mayoría de ellos.

Las lesiones tenían la apariencia típica de la esporotricosis, ulceraciones con bordes desmenuzados, segregación de sero-pus en el centro. En las fosas nasales las úlceras estaban cubiertas con unas costras espesas, y en algunos lugares había pequeñas manchas amarillas representando proyecciones foliculares. En un caso había destrucción de la úvula y de los pilares; en otro, la epiglotis estaba cubierta con vegetaciones papilomatosas; y en el caso onceavo, había una esporotricosis degenerada en neoplasma.

En los casos en donde el esporotrico no se encontró, el autor formuló su diagnóstico, en parte por la aparición de las lesiones; pero más particularmente, por la exclusión de tuberculosis y de sífilis. Ninguno de los pacientes mostraba una reacción Wassermann positiva, y todos, excepto el último, en el cual había un neoplasma, mejoraron en veinte o treinta días, con pequeñas dósis de ioduro. Varios de estos pacientes habían sido tratados con mercurio, sin ningún resultado de éxito.

De manera que en todos los casos de esporotricosis de la membrana mucosa, cuyos casos son muy raros sin embargo, los parásitos se han encontrado en abundancia.

Los casos arriba citados demuestran que esto no es siempre verdadero, y que lo que se halla en las lesiones cutáneas, podría encontrarse también en las lesiones de la membrana mucosa. En los casos cutáneos el parásito se encuentra sólo en ocasiones. Segura cree que la esporotricosis de la membrana mucosa es mucho más frecuente de lo que se ha creído; muchos casos de cáncer de la garganta curados, de lupus, de tuberculosis y de sífilis, piensa él, han sido casos de esporotricosis diagnosticados impropiamente.

"Journal de Chirurgie."

DESTRUCCION DE LAS MOSCAS : : : POR EL FORMOL : : :

La cuestión de las moscas es tan importante en higiene y juega un papel probablemente tan activo en la transmisión de las enfermedades, que no serán demasiados cuantos esfuerzos se hagan encaminados a determinar las mejores condiciones en las cuales se pueden destruir estos animales. El Sr. Dr. Delamere, médico mayor en Saint-Denis, describe en los "Archivos de medicine militaire", número 4, un procedimiento que parece dar excelentes resultados y que es de gran sencillez.

Haced preparar la solución siguiente:

Formol del comercio	100 gr.
Agua	900 gr.

Llenad con este líquido varios platos que colocaréis en diferentes lugares sobre una mesa o por el suelo de la habitación destinada a ser saneada. Veinticuatro horas después (durante el período de verano, como es natural), estos platos y su perímetro estarán llenos de moscas y mosquitos envenenados; los dípteros que no han muerto en el acto van a morir a un metro o dos más lejos, dejando el suelo sembrado con sus cadáveres.

La solución de formol al décimo es la verdadera tumba de las moscas y mosquitos, a los que atrae y mata. Estos insectos mueren algunos instantes después de haber mojado su trompa en el líquido.

La solución indicada, dice M. Delamere, deberá ser renovada en los platos cada cuarenta y ocho horas, porque hemos observado que sus resultados eran menos eficaces cuando estaba expuesta al aire más de dos o tres días.

Hemos ensayado una solución menos concentrada de formol y otros antisépticos, el aceite de esquisto en particular, y los resultados no son comparables.

El medio que indicamos es infinitamente superior a los demás propuestos hasta hoy, como papeles químicos, preparaciones de liga, mosquívoros, etc.

En cada una de las salas del hospital, se coloca encima de la mesa central y sobre los marcos de las ventanas, algunos platos llenos de formol al décimo. En la cabecera de cada cama, se encuentra una escupidera que contiene dos cucharadas soperas de la misma solución. Gracias a esta preparación, los enfermos que antes se encontraban martirizados por las moscas y mosquitos durante la estación estival, pueden descansar tranquilamente.

El señor Durán ha tenido la curiosidad de saber aproximadamente el número de moscas que se podrían destruir en veinticuatro horas, habiendo podido así calcular que para sala de 521 metros cúbicos, se habían destruído del 1 al 7 de Agosto, por término medio de 4,000 moscas diarias, ¡40,000 en diez días!

Entre las enfermedades transmitidas por las moscas o mosquitos, se pueden citar las filariasis, malaria, fiebre amarilla, tuberculosis y disentería. Por eso en los refectorios y principalmente en los servicios hospitalarios, los recipientes que contengan alimentos y bebidas alimenticias, deberán estar provistos de una tapa. Esta precaución, buena para la limpieza en general, es por consiguiente una medida de profilaxis de gran importancia.

En cuanto a los mosquitos, basta con el plato lleno de formol al décimo para destruir un gran número, pero se obtiene mejor resultado colocando en el centro del plato una lamparilla de vidrio que baña el formol. Los insectos son atraídos por la luz y caen en la solución.

Podría creerse ventajoso embadurnar los bordes del plato con una sustancia azucarada, pero los ensayos han demostrado al contrario, que vale más no poner otra cosa que formol. Cuando se humedecen los bordes de los recipientes con miel o jarabe, los insectos se detienen sobre la materia azucarada y van menos sobre el formol. Para destruir el insecto perfectamente no hay nada como la solución de formol al décimo, pero este medio no impide el hacer uso de la protección mecánica y en particular de los aparatos en tela mecánica. También es muy útil atacar las larvas y huevos que se encuentran en letrinas, pozos, estercoleros y pudrideros de todas clases. Para esto se han empleado con éxito el "empetrolado", pero he aquí un método tan eficaz como económico descrito en el "Journal de la Santé", de diciembre 16, de 1906.

Mézclese aceite de esquisto llamado aceite de piedra, con agua a razón de dos litros por metro cuadrado de fosa, agítese con fuerza, y viértase todo en las letrinas. Con gran rapidez se formará una capa de aceite que matará todas las larvas, obliterando sus estigmas e impedirá, si no la entrada de las moscas en la fosa, por lo menos la eclosión de los huevos.

De la "Pratique Thérapeutique."

SOBRE UN ASPECTO COMUN DE : : LA HIGIENE DE LOS NIÑOS : :

Mary Sutton Macy (Archiv of Pediatrics, 1913, xxx, 848) hace notar la imimportancia de proteger el niño (desde la infancia hasta la adolescencia) contra los malos efectos del trauma psíquico, el cual no es siempre de orígen sexual. La epidemia de Freudismo en este país amenaza restringir el término "trauma psíquico" en su significación al carácter sexual. Macy menciona un gran número de casos en niños de diez a diez y ocho años, iniciados por un trauma psíquico, que simulaba mucho un principio de la enfermedad de Basedow. En ninguno de estos casos el choque inicial había sido sexual en manera alna. Ella cita también 30 casos de corea que tienen una historia de trauma psíquico, no sexual, como punto de orígen de los síntomas neuróticos. Llama la atención hacia los efectos contributivos de los choques nerviosos en la iniciación de estas condiciones nerviosas. Define el trauma psíquico como un término comprensivo de todos los choques nerviosos que detienen o retardan los procesos mentales; e incluye bajo el término choque agudo los que dependen del terror, cólera, tristeza, alegría, miedo, etc., y choque crónico al que depende de contratiempos, y de fatiga mental

por defectos, no corregidos, de la visión, del oído, etc.; el forzar a los niños en sus estudios para hacerles progresar de un modo rápido es en detrimento de la salud y tiende a producir la incompetencia mental y física. Ambas enfermedades se agravan, si no es que más o menos indirectamente son causadas por el trauma psíquico. Por lo tanto, debe prevenirse toda causa, aún la más óbvia, de desgaste nervioso que esté dentro de la acción de la escuela pública. La mayoría de las personas que tienen a su cargo las escuelas, desconocen en absoluto este asunto vital en su relación con la salud del niño. La inspección médica de las escuelas no ha hecho nada práctico para dirigir y prevenir desórdenes causados por una presión exagerada en los estudios, por un sobrecargado curriculum y por el desgaste nervioso durante la pubertad y adolescencia temprana.

"American Journal of Medical Sciences"

LA IGNORANCIA DE LA MUJER EN LOS CONOCIMIENTOS DE HIGIENE Y DE PUERICULTURA, COMO PRIMERA CAUSA DE LA MORTALIDAD — — — INFANTIL — — —

Por la *Sra. D.ª Trinidad Sáiz de Llavería.*

La cuestión ha sido examinada por la señora Sáiz de Llavería, en un discurso q. pronunciara acerca de la mortalidad infantil, considerando la ignorancia de la mujer en los conocimientos de Higiene y Puericultura, como una de sus principales causas.

En la natalidad infantil, con excepción de Rusia, España alcanza la más alta cifra. no obstante lo cual el aumento de población sólo es superior al de Francia; ocupando por tanto tiempo en esta gradación el penúltimo lugar. España necesita para duplicar su población, sesenta y dos años.

Por los datos recogidos del discurso, se vé que mueren en España 200,000 infantes de 0 a 5 años anualmente, habiéndose elevado la cirfa a 233,724 en 1900 y a 240,215 en 1910, según el *Anuario Oficial del Instituto Geográfico y Estadístico,* lo que dá un tanto por ciento de 80 %.

Siendo el problema de la mortalidad infantil uno de los que nos interesa resolver en nuestra Isla, nos ha parecido conveniente llamar la atención hacia el trabajo del cual reproducimos algunos párrafos y conclusiones. De su lectura se deduce que la mujer en España va interesándose en el movimiento civilizador moderno, y se ha decidido a estudiar cuestiones que antes no la atraían, desde el punto de vista científico.

He aquí ahora algunos párrafos del discurso y las conclusiones de este interesante trabajo:

"Con razón preocupa la mortalidad inantil a los hombres de ciencia de todos los países: médicos, filántropos, sociólogos, filósofos y pensadores, ocúpanse sin cesar en la resolución de este árduo y complicado problema, y es que la resolución del mismo ha de ser no sólo un triunfo para la Medicina, sino un triunfo de la ciencia total o íntegra, con el cual resultará beneficiados todos los intereses sociales.

El grandioso problema de la mortalidad infantil tiene múltiples aspectos: es vital, sin ser estrictamente médico; es de salud, sin ser exclusivamente higiénico ;afecta al Derecho, sin ser meramente jurídico; atañe a la riqueza, sin ser propiamente eco-

nómico; cae de lleno dentro de la Sociología y la Política, por ser obra de redención, y dentro de la Caridad, porque a su vez, lo es de misericordia y de amor.

Por esto deben interesarse por él las naciones todas y los pueblos en masa, por altruísmo y por egoísmo, dando un noble ejemplo de solidaridad y de amor al prójimo; preparando generaciones fuertes y sanas, y gozando indirectamente de los beneficios sin cuento que para la propia salud reporta el vivir en pueblos sanos en los que sus moradores conocen y practican los mandatos de la Higiene.

El mal es grande y urge el remedio, del cual ya se nos han administrado pequeñas dósis, pero insuficientes para la curación de la dolencia. Para ello fuera preciso:

1o. Procurar impedir los matrimonios cuya salud de los contrayentes hagan temer por el porvenir de los hijos, creando, como en Suiza y otros países, un cuerpo de inspección médica encargado de otorgar la dispensa de Sanidad de los futuros cónyuges y demostrarles los peligros a que ellos y su prole se exponen en caso de no reunir condiciones aceptables.

2o. Establecer cursos obligatorios de Higiene y Puericultura en las escuelas y sociedades.

3o. Crear escuelas de Maternología y cartillas para las madres, que resuman en breves páginas las enseñanzas antes señaladas.

4o. Establecer la ley de protección a la mujer en estado gravídico, reglamentando su trabajo y asegurándolo después del parto.

5o. Crear otra ley de protección y reglamentación de la obrera que lacta, dándole después del parto el reposo de un mes, como se acordó en el Congreso de Berlín, en 1890, y horas cuando trabaja para poder amamantar a su hijo.

6o. Demostrar por todos los medios de propaganda la utilidad de la lactancia materna bien reglamentada, establecer la mercenaria sólo en los casos de imposibilidad de la materna; pero de acuerdo con la ley de Rousel, no permitir que ninguna mujer, para criar, abandone a su hijo antes de los siete meses.

7o. No permitir el tráfico con las nodrizas, cuya colocación dependería sólo del dictamen facultativo.

8o. Exponer los peligros de la lactancia artificial por todos los medios de propaganda.

Y como es la mujer la llamada al cuido de los hijos, hay que fortificarla para la lucha por la salud de la infancia, puesto que si a sus tesoros de cariño no se unen los tesoros de una fortaleza de ánimo, capaz de sobreponerse a todas las manifestaciones externas del amor maternal que dén a la mujer recto juicio y serenidad de ánimo para salvar a sus hijos en momentos de verdadero peligro, a pesar de todos los esfuerzos nacionales, no lograremos disminuir este terrible azote que destruye en los hijos la humanidad venidera.

El cuidado y defensa de la infancia es una obra fundamental en los pueblos modernos, para el presente y para el porvenir, y todo lo de higiene infantil merece una importancia suprema, desde el punto de vista social y humanitario. La lucha contra la mortalidad infantil está en los corazones de todos; pero el arma más poderosa para detener los horrores de su destrucción debe colocarse en manos de la mujer. La influencia de la mujer, lo mismo en el bien que en el mal, es bien manifiesta; siempre y cuando se trate de lu-

char contra el alcoholismo, tuberculosis, mortalidad infantil u otra cualquiera miseria social, acabamos con que no lograremos los resultados anhelados sin el auxilio de la mujer; pero de la mujer bien compenetrada de sus deberes, que tiene conciencia de ellos y los practica. Mientras no consigamos elevar el nivel intelectual de la cultura femenina, haciendo que la mujer tenga noción exacta de su deber familiar y social, y lo practique, no triunfaremos de estas plagas. En la mujer está la base de la familia, como en las familias se funda la sociedad; tanto cuanto más valga la mujer, más florecerán en la humanidad las virtudes sociales, creando defensores de la Patria, y siendo fuente de bienestar, de paz y de dicha."

EL SALVARSAN EN LA FILARIASIS

Por el *Dr. E. R. Branch.*

He tenido el hábito, por muchos años, de tratar los casos de Filariasis con diferentes preparaciones de arsénico, suministrándolo después de accesos febriles y continuándolo por varios meses. Este tratamiento ha resultado ser eficiente en muchos casos, hasta hacer los ataques menos frecuentes, aparentemente. Desde luego, que yo estoy informado que este tratamiento ha sido usado por muchísimos médicos, con el mismo resultado, pero ninguno clamará haber hecho una curación con él.

Sin duda que el arsénico se presentó como un remedio para la Filariasis, debido a su valor inestimable en las fiebres crónicas, y en otras condiciones mórbidas; y como el Salvarsán se ha probado que es una forma más fuerte para la introducción del arsénico en el organismo, en el tratamiento de la Sífilis y de la Framboesía, la idea de que podría ser igualmente aceptable en la Filariasis, se grabó en la mente de nu modo natural. Con esta idea como fin, yo escogí un caso en el Hospital Cunningham, en el que las dos enfermedades, la Sífilis y la Filariasis, aparecían ambas en formas crónicas y muy graves.

Un estudio de este caso se encuentra en el informe de las Estadísticas Vitales de la Presidencia de St. Kitts-Nevis, en el año de 1912. Perdóneseme que transcriba este caso: "Filariasis." "Hay en este Hospital una mujer que ha padecido por muchos años de Sífilis Terciaria, en diferentes estados; también ha padecido de Filariasis, de la cual contrae un ataque del tipo febril común, por lo menos, una vez al mes. La pantorrilla derecha medía 16 pulgadas de circunferencia cuando estaba fuera de la exacerbación de la enfermedad, y la izquierda tenía 13 pulgadas bajo las mismas circunstancias. Había también dos o tres úlceras supurativas en el pie derecho. Los negros las llaman "llagas bubas", y consideran que ellas aminoran el aumento de las descargas intersticiales. A esta mujer se le estaban poniendo inyecciones de Salvarsan para la Sífilis y tenía ya 10 gr. de esta sustancia. Las llagas se habían secado ya. No había tenido fiebres de Filariasis por varias semanas, y la circunferencia de la pantorrilla derecha había menguado desde 16 pulgadas a 14 y media. También observé una mejora igual en los otros casos de sifilíticos tratados con el Salvarsan, quienes, como a menudo sucede aquí, en donde ambas enfermedades aparecen tan comunes, también estaban atacados de "elefantiasis".

De mi experiencia subsecuente en diez y nueve casos durante el año pasado, he encontrado interesantísimos los siguientes hechos:

(1) La desaparición de la micro-filaria en la sangre, después del tratamiento.

(2) La curación de las úlceras comunmente crónicas, indolentes y de un tamaño grande.

(3) La descontinuación de los ataques febriles.

(4) La reducción en muchas pulgadas, en algunos ,en la circunferencia de las extremedidades elefantóicas monstruosas y duraderas. En muy pocos casos, en donde sólo leves tumores de elefantiasis aparecían, han desaparecido enteramente.

(5) La salud de los enfermos en todos estos casos mejoró notablemente después del tratamiento. Como muchos de estos casos han sufrido de Sífilis Constitucional, la mejora maravillosa en su salud, no sólo se puede atribuir a la ausencia de los ataques filariásicos; pero en otras ocasiones, casos sin complicación con la Sífilis, demostraron mejoría notable en la salud general por el tratamiento del Salvarsan.

Hay que admitir que no siempre tuvo éxito el Salvarsan en el tratamiento de la Filariasis. Sólo han habido dos casos en los que no he notado la mejoría. En uno de estos casos no había micro-filaria en la sangre, después de los tres meses de las primeras inyecciones.

En el primer restablecimiento, el ataque febril era débil, y solamente se encontraron pocos micro-filarias. Un segundo tratamiento del Salvarsan se empleó en este caso, sin acceso del ataque filarial en los últimos cuatro meses. Este caso ha durado por muchos años, y en él las partes afectadas son monstruosas en tamaño y en apariencia.

Recuérdese que las gentes que viven en sitios en donde la Filariasis es endémica, están constantemente expuestas a la recaída, por nuevas invasiones de los parásitos."

From "The Journal of Tropical Medicine and Hygiene".

: : LAVADEROS PUBLICOS : :

"La limpieza es lo más cercano a la santidad", y también es un requisito necesario para la salud. Si la comunidad reconoce que el mantener la salud es una de sus responsabilidades, también debe reconocer su obligación de proveer para mantener la limpieza pública. Esta es la tesis de un artículo impreso en la serie de "Pamfletos de las Ciudades Americanas", por Donald B. Armstrong, superintendente de la Junta de Salud Pública e Higiene de la Sociedad de New York, para mejorar la condición de los pobres. Armstrong dice que muchas comunidades suplen medios para la limpieza de los cuerpos humanos, pero que es igualmente esencial para la salud y para la decencia pública, que se den otras facilidades públicas por la creación de lavaderos públicos cuando faltan los lavaderos privados. De lo contrario, el tono en el decoro de la comunidad se rebaja. Los gastos que frecuentemente se entienden hechos en beneficio de la salud pública, realmente sirven de igual modo para la promoción de la decencia pública. Entre los habitantes de casas de vecindad de un gran número de ciudades americanas, las facilidades para lavar la ropa son

escasas; y el establecimiento de lavaderos públicos o de casas de lavado, según el plan seguido en las ciudades extranjeras y desde hace largo tiempo en uso en ellas, constituye al presente una necesidad.

Existen como 15 de estas instiuciones en América, 5 de las cuales están en Baltimore. Otras ciudades que han encontrado que es de urgente necesidad establecerlos son Filadelfia, Búffalo y Elmira. Recientemente el Comité de la Junta, de la que Armstrong es Superintendente, hizo una investigación acerca de la necesidad de casas de lavado en New York, y el costo de su equipo, funcionamieinto, etc. La investigación se extendió a una población de 400,000 almas en los vecindarios más pobres, y se encontró que en un número de viviendas que comprenden del 30 al 45 por 100, las familias carecen de toda facilidad para lavar en la casa, pues no había provisión de agua caliente, y calefacción de los departamentos sólos en un 70 a 95 % de dichas casas. Interrogados 19 mil bañistas en uno de los baños públicos, se demostró que las mujeres eran partidarias entusiastas del establecimiento de lavaderos públicos, y aún muchos de los hombres hicieron promesa de utilizar tales facilidades. En Filadelfia y en Baltimore se fijan ciertos días para los hombres y hay muchos que podrían utilizar esas facilidades en su provecho. Armstrong dice que el valor educacional de esta medida es importante. La casa de lavado público halla su principal justificación en el hecho de que ofrece al público una oportunidad para apreciar el valor que tiene para la salud y para la decencia el estar limpio físicamente. La limpieza física levanta el tono moral y espiritual, y conduce a la demanda de una vivienda mejor, y de mejor mobiliario doméstico, lo que a su vez, procura una mejor salud y decencia.

MUERTE POR EL SALVARSAN O 606

Kohrs da cuenta de un caso en el que ocurrió la muerte después de los tres días de la inyección del Salvarsán, con síntomas de encefalitis aguda. El caso era muy raro, pues el paciente parecía estar saludable y robusto en apariencia, como nunca. La dosis fué de 0.6 gm. y se hizo la inyección como resulta de una reacción de Wassermann positiva. Hízose esta prueba por estar padeciendo el enfermo de una balanitis, y a causa de ello se le sometió al tratamiento. Pero sólo se le dió una inyección intra-venosa del 606, contando desde luego con la posibilidad de la anafilaxia. El cuadro clínico era igual a esos que se ven muy comúnmente en casos de muertes de este tipo, ocasionadas por el 606, y junto con lo que se descubrió en la autopsia, indicaba que el arsénico se separó de su molécula y actuó por sí mismo en su capacidad tóxica ordinaria. Como el envenenamiento por arsénico no se puede imitar clínicamente por razones obvias (inyecciones intravenosas), sólo la autopsia de casos accidentales, viene a demostrar que en el arsenical corriente, los desórdenes corresponden enteramente, tanto en lo que se refiere al cerebro, como a los riñones, etc. Las convulsiones epileptoideas eran un síntoma de la encefalitis y contribuyeron grandemente, sin duda alguna, a ocasionar la muerte.

Del *Munchener Medizinische Wochenschrlft.*

UN CASO DE PENE DOBLE

Lionti nos informa de un caso ilustrado, de esta defectuosa formación. Los dos órganos difieren mucho en el tamaño y en el largo; y están separados por una sutura, parecida a las de dos mitades de escroto. El coito normal con una mujer era impracticable, de manera que el único remedio era extirpar el pene menor. Esto se hizo sin mucha dificultad. De los términos "pene accesorio" y "pene supernumerario", aplicado a la porción removida, se deduce que el caso no es de Pene Doble en el sentido extricto de la palabra. Este órgano accesorio no tenía importancia funcional alguna, y présentaba un meato muy llano; pedo no úretra. La orina y el semen solamente pasaban por el pene funcional.

"Medical Record."

REUNION CIENTICA DE LA ASOCION MEDICA DEL DISTRITO DE : : : : : SAN JUAN : : : : :

El Dr. Ashford presentó un caso muy interesante bajo el punto de vista del diagnóstico, que ocasionó animadas discusiones por parte de los señores doctores González Martínez, F. del Valle Atiles y E. Saldaña.

El Dr. Ashford llamó la atención sobre la semejanza que presentaba el caso con uno de Psoriasis, si bien la distribución de las lesiones en las manos, pies y alrededor de la boca no eran típicos.

El Dr. González Martínez dice que él considera y cree que seguirá considerando el caso como uno de Psoriasis, porque juzga que las lesiones primarias que presenta son perfectamente típicas de la enfermedad.. El Dr. del Valle llama la atención del Dr. Ashford sobre los datos (anannésicos) de la familia de la paciente, quien le manifestó que sus padres y abuelos eran primos hermanos y que, según ella refiere, tiene conocimiento de que algunos de sus antepasados padecieron de una enfermedad parecida o igual.

El Dr. Saldaña hace atinadas consideraciones sobre el origen o causa de aquella dolencia, reporta tres casos típicos de Psoriasis y dice que el que nos ocupa no se parece a ninguno de aquéllos, exponiendo como posible factor etiológico el sistema nervioso, pronunciándose en el sentido de que los fenómenos cutáneos y las contractruas que presenta la enferma, fueran fenómenos tróficos.

El Dr. del Valle encarece al Dr. Ashford que tenga la bondad de participarnos en alguna reunión futura el curso y resultado del importantísimo caso clínico que él tuvo la cortesía de presentarnos, cuya petición secundó el Dr. Gómez Brioso, entendiendo que el caso es suficientemente interesante para que tengamos todos deseos de que se aclaren los puntos que se han ofrecido como dudosos.

CONFERENCIAS

La noche del 2 de Abril, cumpliendo con el programa del Club de Servicio Social, patrocinado por la Sociedad Y. M. C. A., hablaron respectivamente el doctor F. del Valle Atiles, Mr. J. C. Bills Jr. y el Dr. Gómez Brioso. El Dr. del Valle disertó acerca de la casa en relación con la salud, tanto privada como pública; la moralidad y eficiencia del ciudadano; y con

el bienestar social. La casa de vecindad tal como es hoy, fué objeto de crítica; considerada como inconveniente desde los distintos puntos de vista mencionados.

Mr. Bills estudió el aspecto económico de esta cuestión, valor de la tierra, modo de arrendamiento de solares, y señaló los males derivados del sistema de construcciones de casas en solares tomados en renta; especialmente el barrio de Puerta Tierra fué objeto de oportunas consideraciones.

El tercer turno debía corresponder a un estudio de las condiciones que, desde el punto de vista arquitectónico, debería reunir la casa en Puerto Rico, y de modo especial la del pobre, con referencia al clima.. Este asunto no pudo ser tratado por circunstancias imprevistas; para llenar el orden del programa, fué invitado a hablar el Dr. Gómez Brioso, el cual discurrió acerca de las condiciones especiales de la habitación del pobre en Puerto Rico. Su discurso, lleno de datos recogidos de su personal observación, fué oído con vivo interés, mereciendo los aplausos que se le tributaron.

Es un problema sobre el tapete, cuál debe ser el tipo de casa más conveniente en Puerto Rico, y la del pobre principalmente exige nuestra atención, pues sobre su resolución descansa de una manera especial el progreso de Puerto Rico.

EN LA BIBLIOTECA

El domingo 5 de Abril la conferencia correspondiente a la serie que se viene dando en a Biblioteca Insular, estuvo a cargo del Dr. F. del Valle Atiles y versó acerca de la influencia del higienista en la preparación de un buen futuro para Puerto Rico. A juicio del disertante, nuestro futuro debe tener como uno de sus fundamentos, una aplicación de los principios de la higiene a la vida privada y social, tanto en su aspecto físico como moral; para que, como a manera de avanzada, prepare el camino para atravesar la vida sin accidentes que entorpezcan el progreso, y permitan el desarrollo armónico de todas las actividades que puede desenvolver el hombre sano en un medio sano.

El tema de la conferencia fué una ampliación al desarrollado por H. J. de la C. S., don E. del Toro, acerca del futuro de Puerto Rico.

CONFERENCIA

En la Biblioteca Municipal de Puerta de Tierra dió el 24 del actual el Dr. F. del Valle Atiles una conferencia en la cual desarrolló el tema: "Insectos y Enfermedades". Fué un trabajo de Medicina preventiva en los últimos años, y una exposición clara y sencilla de los medios que la acción privada puede emplear para prevenirse contra las enfermedades evitables. Los consejos higiénicos dados por el conferencista fueron oídos con gran interés por el público que asistió al acto.

: : NOTAS DE HOSPITALES : :

Hospital Municipal de Yauco.

Durante el mes de Febrero de 1914 ingresaron en este Hospital 26 enfermos, que se clasifican como sigue:

Varones de diferentes edades, desde 8 años hasta 89 18

Hembras de diferentes edades, desde 15 años hasta 45	8
	26

Clasificados por Enfermedades:

Malaria	4
Tuberculosis Pulmonar	3
Mal de Pott	1
Uncinariasis	5
Bronco neumonía	1
Tifoidea.	1
Metritis	1
Sífilis	1
Heridas	4
Hidrocele	1
Ascitis	1
Hernia inguinal extrangulada	1
Prolapso uterino	1
Absceso de la mano	1
	26

Resultados del Tratamiento:

Curados	14
Mejorados	2
Fallecidos.	4
En tratamiento	4
Altas a petición	1
Alta mejorado	1
	26

Dr. Arquelio Ramírez.

Durante el mes de Marzo de 1914 ingresaron en este Hospital veintinueve enfermos, clasificados en la forma siguiente:

Varones	17
Hembras	12
	29
Procedente de la Zona Urbana	9
Procedente de la Zona Rural	20
	29

Clasificación por enfermedades:

Heridas por arma de fuego	2
Sífilis en segundo y tercer grado	3
Fractura del fémur	1
Fractura de la tibia y peroné	1
Tuberculosis Pulmonar	2
Fibrona uterino	1
Blenorragia	1
Uncinariasis	6
Flemón difuso del muslo	1
Hemorroides.	1
Desgarro perineal	1
Oclusión intestinal	1
Blefaritis crónica	1
Artritis purulenta	1
Artritis crónica	2
Antrax del labio superior	1
Fiebre gástrica	1
Ulcera atónica de la pierna	1
	29

Resultado del tratamiento:

Curados	8
Mejorados	6
Muertos	3
En tratamiento	1
	29

Médico de turno,

Dr. Rafael Gatell.

Yauco, Puerto Rico.

Trabajos efectuados en los Hospitales Municipales de SAN JUAN, durante el mes de Marzo último:

Enfermos pobres admitidos en el mes	117
Idem pudientes admitidos en el mes	33
Total	150

Enfermos pobres dados de alta en el mes:

De Cirujía	71
De Medicina	32
De Partos	15
Total	118

Resultado al salir de la institución:

Curados	94
Mejorados	11
Iguales	6
Fallecidos antes de las 24 horas	2
Fallecidos después de las 24 horas	5
Total	118

Las operaciones practicadas fueron las siguientes durante el mes de Marzo último:

Con cloroformo	27
Con Eter	3
Con Cloroformo y Eter	3
Raquioanestesia	1
Anestesia local	8
Total	44

Operaciones practicadas:

Amputación del cuello uterino	1
Abscesos incisión y drenajes	4
Artrotomía	1
Apendectomías	3
Amputación varios dedos	2
Amputación parcial del pene	1
Amputación pie izquierdo (gangrena)	1
Amigdalectomías	1
Adenoides, Extirpación	1
Aplicaciones de Forceps (partos)	2
Circuncisiones	3
Curetajes del Utero	2
Extirpación Verruga Cara	1
Extirpación saco lacrimal	1
Extirpación ganglios linfáticos	3
Extirpación de un quiste tiroideo	1
Elefantiasis Escroto, Resección	1
Histerectomía por Fibromas	2
Hidroceles	3
Hernias Inguinales "Bassini"	5
Heridas Traumáticas	2
Laparotomía Exploratoria	1
Lipoma Excisión	1
Ovariotomía	1
Perineorrafia	1
Parto prematuro (Retención placenta)	1
Placenta previa (Intervención)	1
Rinoplastía	1
Talla Lipogástrica (Piedra Vesical)	1
Versión (Presentación transversa)	1
Total	50

Dr. Belaval.

OBITUARIO

Ha fallecido en Ponce el Dr. E. Vidal Ríos, médico cirujano muy conocido y estimado en aquella ciudad. Además de su título de médico, había obtenido el de Abogado; y como una demostración de su variada aptitud para el estudio, se examinó y obtuvo la licencia de maestro plomero. Bien sabido es que esta profesión está íntimamente ligada a las cuestiones sanitarias; así, pues, no tiene nada de extraño que un hombre estudioso como el Dr. Vidal Ríos se empeñara en adquirir conocimientos en plomería.

Fué un ciudadano de sentimientos caritativos, cuya muerte ha sido generalmente sentida en Ponce.

AÑO X. MAYO 1914. No. 98.

Boletín de la Asociación Médica de PUERTO RICO.



ORGANO OFICIAL.

PUBLICACION MENSUAL

SUMARIO



LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL EDITOR.

De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica.

Redacción: Luna 41. Box 1306. San Juan, Puerto Rico.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO X. MAYO 1914. NUMERO 98.

UNA NUEVA INTERPRETACION DEL ALCOHOLISMO.

POR EL DR. F. DEL VALLE ATILES.

Bajo el título de "Un nuevo y lógico tratamiento para el alcoholismo", el doctor R. L. Spitzig, de Cleveland, ha publicado un estudio preliminar que contiene el resultado de sus observaciones durante dos años, acerca de este asunto.

De sus investigaciones deduce que los resultados más ventajosos del tratamiento se obtienen en personas inteligentes, dispuestas a perseverar en el tratamiento y deseosas de no recaer.

Sus conclusiones acerca de la época en que se adquiere el hábito de beber, son que la mayor parte de los alcohólicos adquieren el vicio cuando se empieza a perder el deseo por los dulces; es decir, cuando los gustos de la edad pueril son sustituídos por los del hombre. En la pubertad la demanda de carbohidratos va gradualmente disminuyendo. Entonces surge la afición por las bebidas alcohólicas.

La historia de las características de los alcohólicos crónicos demuestra en todos una aversión por el azúcar; muchos toman el café y el té sin sazonar; y no gustan de dulces de ninguna clase. Hay, pues, un evidente antagonismo entre el alcohol y el azúcar.

Por el contrario, los alcohólicos gustan de alimentos estimulantes; éstos a su vez activan su deseo por el alcohol, y el organismo se acostumbra a recibir menos azúcar, y más alcohol cada día. El bebedor moderado, que usa bebidas alcohólicas dulces, rara vez se excede; y asimila a la vez alcohol y azúcar; por lo cual su organismo le pide menos del primero. El alcohólico confirmado jamás bebe licores dulces; pero en cambio, absorve grandes cantidades de bebidas alcohólicas secas.

La relación química entre los carbohidratos y el alcohol es muy significativa. La dextrosa se convierte en dióxido de carbono y alcohol etílico. La combinación de carbono, hidrógeno y oxígeno produce un aumento nutritivo ya que se derive del alcohol directamente ya indirectamente del azúcar y almidón. El organismo cuando se vé privado de suficiente azúcar, pide alcohol. Y al contrario, cuando está saciado de alcohol, no tiene necesidad de carbohidratos.

En esto se funda el tratamiento nuevo,

que indudablemente es lógico; se procura disminuir el alcohol y aumentar los azúcares; no repentinamente, pues los fracasos hasta ahora en el tratamiento del alcoholismo han dependido de la supresión brusca y de la no sustitución de otra sustancia para satisfacer los deseos del organismo.

La demanda del organismo por alcohol en el metabolismo pervertido del alcohólico, no es sólo mental, sino un fenómeno físico-químico. Cuando el cuerpo recibe carbohidratos en cantidad suficiente, no se experimenta deseo por los alcohólicos.

En el período inicial se empieza el tratamiento modificando la dieta, haciendo que contenga azúcar en abundancia. Cereales con azúcar de caña, frutas dulces, pastas, chocolates, helados, cuyo régimen en caso de no agradar al paciente, se impondría poco a poco; y se completará usando la lactosa, cuatro gramos cada dos horas, como un polvo medicinal.

El uso del alcohol se vá interrumpiendo gradualmente, y se sustituyen con bebidas dulces, las secas. Se emplean los catárticos y diuréticos para favorecer la eliminación y prevenir la intoxicación aguda.

La combinación del capsicun y de la nuez vómica es necesaria durante las primeras semanas para combatir la gastritis, así como también debe emplearse algún soporífero para suavizar las manifestaciones nerviosas. Cuando se ha restablecido la confianza propia, se interrumpe toda medicación y se van disminuyendo los azúcares: con un poco de cuidado se evitará la glucosuria.

La demanda por alcohol ha sido adscrita hasta ahora a un defecto psíquico: la voluntad debilitada se ha considerado el factor más importante. En virtud de estos estudios parece razonable atribuir, al menos algunos casos de alcoholismo, a disturbios psico-químicos y por lo tanto, el tratamiento se debe encaminar a satisfacer las necesidades del organismo.

GLAUCOMA.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL MISMO, DE INTERÉS PARA EL MÉDICO GENERAL Y MODERNAS ORIENTACIONES ACERCA DE SU TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA.

POR EL DR. FRANCISCO MATANZO.

Todas las afecciones del aparato visual son de gran interés para el práctico no especializado en el diagnóstico y tratamiento de las mismas, ya porque muchas de ellas son meras manifestaciones locales de un proceso general, bien porque constituyan otras un síntoma de una afección general ;pero entre todas ellas es el glaucoma una de las afecciones oculares que más debe llamar la atención del médico, siendo de gran importancia, para el porvenir de la vista de los enfermos atacados de esta dolencia, que el médico de su pueblo, el médico de su familia, esté familiarizado con las variantes de esta afección, sus síntomas más salientes y su terapéutica más urgente, a fin de que pudiendo establecer un diagnósico precoz y sin posible confusión, la terapéutica adecuada sea su consecuencia, obteniendo así un triunfo

completo y logrando conservar a su cliente, por lo menos mientras llega a manos del oculista que instituya algún otro tratamiento especial, toda o gran parte de la agudeza visual que la enfermedad le haría perder seguramente.

Puesta de relieve, aunque muy a la ligera, la importancia del conocimiento de esta afección para todo médico, paso a estudiar, dentro de los límites que comprende este pequeño y modesto trabajo, los puntos más salientes de la misma, comenzando por sus variedades, diciendo algunas palabras acerca de su patogenía, muy discutida por tener el glaucoma diversos orígenes y concausas, no habiéndose dicho aún la última palabra sobre esta cuestión; pasaré luego a los síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, todo, como he dicho, dentro de los cortos límites de este ligero estudio.

Antes de pasar a describir las variedades del glaucoma, debo llamar la atención hacia un síntoma culminante en esta afección, el principal en muchas de sus variedades y tan saliente, que contra él mismo va dirigida pricipalmente la acción terapéutica: me refiero al aumento de tensión, a la dureza del globo ocular.

En el glaucoma debemos considerar ante todo los glaucomas primitivos y secundarios. Después que hayamos estudiado los primeros y visto el mecanismo por el cual se pierde la función visual, así como la causa inmediata que origina la pérdida de la visión comprenderemos de un sólo golpe de vista el proceso de un glaucoma secundario.

En el glaucoma primitivo se distinguen, por la diversa forma en que aparecen los síntomas y por la evolución de la dolencia como variedades principales: el glaucoma irritativo agudo, el irritativo crónico y el crónico simple.

Las tres formas tienen como carácter común y fundamental la hipertensión, ya citada, y se diferencian por la forma en que aparecen los otros síntomas.

En efecto, en el glaucoma irritativo agudo, el enfermo se vé atacado de improviso por la dolencia, o por lo menos si había algún trastorno ocular o alguna causa general predisponente no produjo alarma bastante a llamar sobre ella la atención del enfermo o sus familiares.

En esta forma, la más dolorosa, el enfermo se vé atacado de súbito por un dolor violento que, partiendo del ojo y región periorbitaria, se extiende hacía la cabeza y llega en ocasiones hasta la nuca.

El ojo está muy inyectado, la pupila dilatada y muy sensible a la luz, la visión disminuye extraordinariamente o llega a desaparecer y la tensión muy aumentada, al extremo de que si hacemos mirar al enfermo hacia abajo y palpamos el globo, como si fuéramos a explorar su fluctuación, con los índices, *comprimiéndolo contra el suelo de la órbita,* lo encontraremos en ocasiones de la dureza de una bola de billar.

Como síntomas generales podemos encontrar en estos casos: vómitos, malestar general, movimiento febril, lengua saburral, etc., todo lo cual ha contribuído en no pocas ocasiones a errores de diagnóstico en que se ha tomado el caso de glaucoma por una neuralgia del trigémimo o un ataque de grippe de forma neurálgica.

También se ha confundido esta forma, en los casos moderados de la misma, con una iritis por la analogía de la inyección ciliar o periquerática, la sensibilidad a la

luz y el dolor, pero así como en el último proceso la tensión es normal o rebajada y la pupila está contraída, por el contrario en el ataque de glacomua agudo la pupila está dilatada y la tensión siempre aumentada y a veces, como hemos dicho, hasta la exageración .

En cuanto a los errores de diagnóstico con una afección general basta dar a los síntomas locales la importancia que tienen para orientarse en el diagnóstico.

En la otra forma: glaucoma irritativo crónico, tenemos una sintomatología análoga aunque menos aparatosa; los ataques son menos intensos, y si bien el enfermo puede aquejar algunos dolores, éstos no son tan violentos como en la variedad anterior y las onunbilaciones pasajeras con visión de neblina e irizaciones de las luces, así como la inyección periquerática son los síntomas culminantes que ponen de manifiesto los ataques más o menos francos de aumento de la tensión intraocular.

De otro modo se desarrolla el llamado glaucoma crónico simple, tan poco aparente en su sintomatología, de una marcha tan insidiosa, que si el enfermo no es de los que se observan cuidadosamente, o el médico a quien consulta no está prevenido, puede un paciente perder totalmente la vista sin darse cuenta de ello. Así, es muy frecuente, tratándose de esta forma de glaucoma, que muchos enfermos se presenten a la consulta con la pretensión de ser operados de catarata porque alguien les dijo que la pérdida de vista que lentamente iban experimentando era debido a unas cataratas incipientes y que cuando ya no viera nada por el ojo enfermo era señal que la catarata estaba madura y podía ser operada.

En efecto, el reflejo verdoso que presenta el cristalino en edad algo avanzada, el irse perdiendo la vista poco a poco en ambas dolencias, glaucoma crónico simple y catarata, y el no presentar el ojo síntoma alguno de irritación en el primero de estos procesos, hacen posible la confusión para el médico que no esté prevenido, o, aún estándolo, analice superficialmente la sintomatología que le ofrecen estos pacientes. El médico que esté en guardia contra este grave mal, puede hacer un dignóstico sin necesidad de aparatos especiales y ni aún de un simple espejo plano. Basta tener en cuenta ciertos síntomas, saber interrogar sus enfermos, e interpretar sus respuestas.

En el glaucoma crónico simple, aunque no hay la menor señal de irritación del globo, la hipertensión es el síntoma principal. Esta no actúa constantemente ni con tanta violencia como en las otras variedades de glaucoma para producir manifestaciones aparentes cual la inyección periquerática o el dolor, etc.; pero, aun cuando lo hace insidiosamente, ocasiona trastornos secundarios que un interrogatorio un poco detenido puede descubrir y, siguiendo sus huellas, conducirnos al diagnóstico. En efecto, los aumentos de tensión intermitentes y no tan pronunciados como en las otras variedades de glaucoma, no son tan ligeros que no dificulten, por lo menos, la circulación linfática, y el edema pasajero de que es asiento la cornea, por la dificultad circulatoria en su tejido propio, ocasiona un enturbiamiento de la visión, los enfermos ven los objetos como cubiertos de un velo; da lugar a un achagrinamiento del epitelio de aquella membrana, que además de darla un aspecto deslustrado en su superficie, es causa de que, descomponiéndose la luz entre las lamini-

llas de dicho epitelio levantado, por un fenómeno análogo al que tiene lugar en los objetos de nacar, sea orígen del fenómeno que acusan estos enfermos, con toda precisión, de ver las luces irisadas, como de color de arco iris. Agréguese a esto que si bien no encontramos el ojo excesivamente duro, no será extraño que en algún momento podamos sorprender un aumento de tensión del mismo, para apreciar el cual lo mejor será comparar su tensión con la del otro ojo sano, o si no lo estuviese con la de otro sujeto, y comprenderemos que será fácil orientarse en el diagnóstico de un caso de esta naturaleza. Cuando la enfermedad está algo avanzado, la exploración del campo visual será otro elemento importante para el diagnóstico, pues así como el campo visual normal es casi circular abarcando una gran extensión, en cambio en el glaucoma el campo está muy estrechado sobre todo por su parte interna.

Por último, se eliminará lo relativo a la aparente opacidad del cristalino tomando un trocito de espejo al cual se le sacará una porción del azogue dejando un agujero por donde pueda verse a través del espejo. Así armados, dirigimos un haz de luz reflejada al ojo en cuestión y veremos cómo el fondo del ojo se ilumina, lo que no podría suceder si el cristalino estuviera opocificado, es decir, fuera asiento de una catarata más o menos avanzada.

Por último, debemos hacer mención aquí de los glaucomas secundarios, consecutivos bien a un aumento brusco del volumen del cristalino dificultando el paso del humor acuoso a las vías subconjuntivales y aumentando también la tensión por su aumento de volumen, a la oclusión de la pupila por una sinequia circular total, en cuyo caso el humor acuoso, no puede pasar de la cámara posterior a la anterior, o a un leucoma adherente en que por obstrucción parcial del canal de Schlem también se dificulta el desagüe del humor acuoso a los espacios linfáticos subconjuntivales.

En todas estas variedades de glaucoma, primitivos o secundarios, el síntoma que nunca falta, como hemos dicho, es el aumento de tensión, como que él es la consecuencia obligada de la dificultad de desagüe y él a su vez es el que origina, con la dureza del globo, la pérdida fatal de la visión a la larga y en los casos agudos, además, los violentos dolores y la ceguera fulminante del momento. Por eso este síntoma es uno que debe buscar siempre el médico, explorando el ojo en la forma dicha, y en distintas ocasiones y comparando su dureza con la de otro ojo sano.

Al hablar de las distintas variedades de glaucomas primitivos me he ocupado de pasada de su principal sintomatología y más luego diré algunas palabras sobre otros síntomas dignos de tenerse en cuenta; pero antes voy a decir algo relativo a la patogenía de esta afección. Al tratar de la patogenía del glaucoma es necesario distinguir entre los fenómenos primarios que dan orígen a la afección y los que resultan más tarde como una consecuencia del ataque.

Entre los primeros descuella el que se refiere a las obstrucción total o parcial de las vías de desagüe del humor acuoso hacia los espacios subconjuntivales, bien sea por esclerosis de los vasos, depósitos de uratos, esclorosis del tejido de filtración u obstrucción de más bulto, como en los casos de leneoma adherente extenso, u oclusión pupilar, lo cierto es que la corriente de líquido de la cámara anterior al círcu-

lo esclero venoso anterior se halla interrumpida o retardada. En otras ocasiones no se trata de una dificultad de desagüe, es el aumento brusco de la producción de líquido, un verdadera edema agudo de los tejido del ojo, lo que se produce (glaucoma agudo en los casos de irido ciclitis aguda, cataratas traumáticas o por discición, lesiones vasculares de la retina, coroides, etc.), lo que ocasiona la hipertensión. ¿Qué fenómenos suceden a esta hipertensión brusca o insidiosamente establecida? De delante a atrás: un edema más o menos marcado de la cornea, disminución de la cámara anterior, empujamiento hacia adelante del iris y cristalino; aquél, comprimido, concluye por atrofiarse y el esfinter se dilata dando lugar al aumento de tamaño de la pupila que en los casos agudos también tiene lugar por la inhibición nerviosa que determina la comprensión de los fletes ciliares; los procesos ciliares también son estirados hacia adelante y merecen especial mención la obliteración de los espacios de Fontana, determinando la impermeabilidad del canal de Schlenn y constituyendo lo que se llama soldadura de Knies, al nivel del ángulo de filtración de la cornea y raíz del iris, en el punto donde la cornea deja de ser transparente para comenzar a ser esclerótica, lo cual viene a agravar más la situación, aumentando la dificultad del desagüe o haciéndolo imposible del todo. Como consecuencia también trascendental de la hipertonia hay que señalar la atrofia que experimenta la retina en sus capas de fibras nerviosas y células ganglionares y la excavación del nervio óptico. Comprimida aquella delicada membrana contra la esclerótica, dura e inextensible, sufre el proceso dicho, y el globo ocular cede a la presión interna por su punto más débil, a nivel de la lámina cribada excavándose el nervio óptico y quedando en este punto seccionadas las fibras del mismo. De los caracteres de esta excavación diremos algunas palabras más tarde al señalar los otros síntomas. Ahora sólo diremos de paso que esa atrofia de los elementos nobles de la retina determina la pérdida progresiva de la visión con la disminución del campo visual cada vez más estrechado hasta dejar ciego al paciente.

No olvidemos tampoco el señalar otra consecuencia de esta afección que tiene su asiento en el cristalino y que es la catarata glaucomatosa; catarata determinada porque la lente, como todos los tejidos del ojo hipertónico, en malas condiciones de nutrición, concluye por degenerar y opacificarse. Esta catarata es típica, tiene con frecuencia un reflejo verdoso (de donde el nombre glacoma: glauco-verde) el iris medio atrofiado deja ver una pupila dilatada por delante de ella y la dureza del ojo y la falta de percepción luminosa nos guiarán para el diagnóstico y pronóstico en un caso de esta natrualeza.

Ya hemos hablado de la disminución de la cámara anterior, del achagrinado y deslustrado de la cornea, de la hiperhemia periquerática y de los caracteres de la pupila. Deseamos insistir en estos dos síntomas que pueden confundir al no habituado a ver estos enfermos haciéndole pensar en una iritis frente a un glaucoma agudo o subagudo y viceversa.

A poco qu nos fijemos, la confusión no es posible. En la iritis hay inyección periquératica como en el glaucoma, pero la cámara anterior no está borrada ni disminuída y sobre todo la pupila está turbia y contraída, lo contrario de lo que sucede en

el glaucoma en que está libre de exudados y dilatada más o menos. La exploración de la dureza del globo, disminuída o normal en la iritis, nos ayudarán en nuestras dudas.

No insistiré mucho sobre los caracteres de la excavactón glaucomatosa por ser a veces de difícil diferenciación con la excavación normal y la excavación de la atrofia óptica necesitando la exploración de este síntoma el empleo del oftalmosoopio. Sólo diré que la excavación glaucomatosa es profunda, en forma de embudo, formando los vasos codo en sus bordes y tan típica que después de haber observado algún caso se recuerda siempre la imagen del mismo.

Por último, y para terminar con lo que a sintomatología se refiere, indiquemos una manera sencilla de explorar *groso modo* el campo visual. Se sitúa el enfermo de espaldas a la luz en un local bien iluminado, se le hace cerrar y tapar un ojo, el que no se va a explorar, y se le invita a mirar con el otro, sin moverlo, el ojo contrario del explorador que estará enfrente del enfermo y a una distancia de 30 centímetros más o menos. Así fijo el ojo del paciente, se pasa la mano derecha primero y la izquierda después por todo alrededor, moviendo los dedos y como formando un círculo. Si el enfermo está atacado de glaucoma y ha perdido parte de su campo visual, habrá un momento en que no verá moverse los dedos de la mano, y ese momento será cuando la mano que se mueve ocupa la porción interna del campo o sea la del lado de la nariz del enfermo. En caso contrario si el enfermo vé, sin mover su ojo, moverse la mano en todas sus posiciones, no habrá pérdida del campo visual. Hay muchas otras afecciones en que el campo visual está modificado, pero la característica del glaucoma es que la pérdida se inicia y aumenta de la porción nasal hacia el resto del campo.

Con todo lo expuesto, creemos haber dicho bastante para que cualquier médico general pueda orientarse en el diagnóstico de esta temible dolencia, pueda distinguirla de aquellas que más se le parecen y poner en práctica una terapéutica adecuada, que, si no cure al paciente, le permita por lo menos ganar el tiempo necesario a ponerse bajo la dirección de algún especialista. Al propio tiempo que evita un grave daño a sus pacientes, el médico, así advertido, tendrá una seguridad mayor al enviar uno de estos casos al oculista y lo hará con tiempo suficiente para que la labor de este último encuentre campo útil en donde ejercitarse.

Terapéutica. Dos grandes derroteros marcan la conducta a seguir en el tratamiento del glaucoma, sea cual fuera la variedad que se presente a la consulta del práctico. El empleo de agentes medicamentosos, régimen apropiado y cuidados generales y la práctica de actos quirúrgicos.

El fin principal de todos ellos es rebajar la hipertensión, hacerla desaparecer si posible fuere, restableciendo la tensión normal del ojo. En el primer caso se emplean los miósicos, escrina y pilocarpina, solos o combinados, las curas de dionima, los purgantes, derivativos, el reposo, dieta láctea, etc. Al propio tiempo, y para calmal el dolor, serán útiles los analgésicos, la aspirina en primer término. Estarán proscritos en absoluto la atropina y sus similares y ahora comprenderemos mejor la importancia capital de no confundir un ataque de glaucoma agudo o irritativo crónico con una iritis. En ésta la atropina se-

ría el medicamento fundamental del tratamiento, en aquél sería su empleo motivo de agravación de la dolencia. De igual modo no debe emplearse la atropina o emplearse con mucha cautela en los casos de leucomas (cicatrices) adherentes extensos o en los casos de sinequias posteriores totales o casi totales, pues existen ocasiones en que el empleo de aquel agente ocasiona un ataque de glaucoma por sus efectos hipertensivos. En ocasiones los agentes medicamentosos citados alivian de momento los enfermos, a veces, les permiten pasar mucho tiempo sin ver agravada su dolencia y conservando una buena extensión de campo visual, pero en la inmensa mayoría de casos el tratamiento quirúrgico se impone.

¿Cuál es el fin de este tratamiento? Restablecer la permeabilidad ocular rebajando así de una manera fija la hipertonía.

Dirigido este modesto trabajo a los médicos generales, no entraré en el detalle de la técnica quirúrgica de estos casos. Sólo mencionaré las operaciones principales que se realizan hoy día y su fundamento.

Desde hace mucho tiempo está reconocida la bondad indiscutible de la iridectomía para el tratamiento de los casos de glaucoma agudo. Se trata de una iridectomía amplia, ejecutada bien periferícamente, de manera de llevarse en la sección la raíz del iris y teniendo cuidado de reducir bien los ángulos del mismo dentro de la cámara anterior. ¿Cómo actúa esta iridectomía? Desde Graefe hasta la fecha se practica con éxito y, después de muchas teorías lo cierto es que no sabemos de una manera positiva y cierta el mecanismo de su acción benéfica. Es muy posible que actúe creando un trayecto fistuloso que facilite la filtración del humor acuoso.

Se había observado que esta iridectomía, tan útil en los casos de glaucoma agudo con fuertes dolores y gran reacción no lo era tanto en los casos menos violentos, sobre todo en los casos de glaucoma crónico simple, donde en muchos enfermos, a pesar de la práctica de la iridectomía seguían los ataques de hipertensión y la pérdida progresiva del campo visual comprometiendo la salud del paciente.

Se idearon distintas operaciones para estos casos: esclerotomía anterior, por distintos procederes, esclerotomía posterior, ciclodialisis de Heine, etc., hasta que Lagrange ideó su método de crear una fístula permanente "subconjuntival" practicando la esclerectomía seguida de irridectomía, o sea la *esclerecto-iridectomía.* Se comprende la importancia capital de este método con sólo decir que crea una vía amplia de desagüe al humor acuoso, desde la cámara anterior hacia los espacios subconjuntivales, impidiendo así que la falta de permeabilidad del ojo, o la excesiva producción del humor acuoso en un momento determinado ocasionen la hipertonía con todas sus consecuencias Por otra parte, y este es el mérito de la idea de Lagrange, pues ya otros antes que él habían tratado de crear esa vía quirúrgica de desagüe, el trayecto fistuloso es *subconjuntival* y por lo tanto a cubierto de todo contacto con el medio ambiente los medios del ojo y libres de consiguiente de todo daño de infección. Esta operación de Lagrange o *esclerecto-iridectomía,* consiste, como lo indica su nombre en seccionar y extirpar un trazo de esclerótica practicando después una iridectomía. Para ello se traza un colgajo superior esclero conjuntival procu-

rando que el colgajo de la mucosa sea mayor. Se diseca la conjuntiva de la esclera, se excinde ésta y por la brecha que resulta se pellizca el iris practicando la iridectomía.

El método de Lagrange ha sido modificado en el proceder de ejecución por varios autores, siendo uno de los que más aceptación han tenido el proceder de Elliot. En este proceder el colgajo conjuntival se diseca primero de arriba a abajo, en forma trianguar, desde la parte anterior del ecuador del globo hasta el punto donde la esclerótica termina y comienzan a transparentarse sus láminas para convertirse en cornea transparente. En este punto de la disección debe llegarse lo más abajo posible, sin perforar la conjuntiva, a fin de caer al ejecutar el segundo acto operatorio encima precisamente de la raíz del iris y en la cámara anterior. Terminada la disección del colgajo conjuntival se procede a la trepanación de la esclera con una trefina de 1, 1 ½ o 2 milímetros de diámetro, teniendo cuidado de poner el instrumento en dirección radiada, de modo que vayan siendo perforadas por igual todas las capas de la membrana y no haciendo demasiada fuerza para no penetrar bruscamente en el interior del ojo, exponiéndonos a herir algún órgano del mismo. El botón escleral que resulta de la trepanación se excinde con unas tijeras, el iris que asoma por la brecha se incinde o se practica la iridectomía y luego se adapta el colgajo conjuntival suturándolo o no. La operación es muy sencilla y apenas tiene accidentes en su ejecución. Su técnica ha sido modificada por algunos ,autores pero no es el objeto de este trabajo entrar en todos los detalles del asunto.

Tanto con la operación de Elliot como con la de Lagrange se cumple el principio fundamental de establecer un trayecto fistuloso subconjuntival que permite el desagüe amplio del humor acuoso y evita la hipertonía. Los resultados son completamente satisfactorios y de duración. Así ha sido proclamado en los últimos Congresos de la especialidad y en el internacional de Medicina que tuvo lugar el año pasado en Londres.

Está aceptado, sin embargo, que en los casos de glaucoma agudo debe darse la preferencia a la práctica de la iridecomtía clásica, antiglaucomatosa, reservando la esclerecto-iridectomía para los casos de glaucoma crónico simple o los que sin serlo presentan muy pocos síntomas reaccionales.

Antes de terminar diremos que el momento preciso en que debe cesar la intervención terapéutica medicamentosa y ser reemplazada por la quirúrgica en cada caso no puede señalarse de una manera precisa, pero sí de una manera general puede establecerse que en los casos agudos, violentos, debe procederse sin pérdida de momento a practicar la iridectomía y todo lo más que puede contemporizarse es el tiempo que se tarde en rebajar ligeramente la excesiva dureza del ojo, empleando un colirio de eserina y pilocarpina cada hora y procediendo cuanto antes a la operación, con anestesia general, pues la local es insuficiente. Así veremos recobrar la vista al paciente, sino toda, en gran parte y cesar los violentos dolores que sufre. En los otros casos puede contemporizarse algo más y la mayor o menor hipertonia y pérdida más o menos rápida del campo visual serán los elementos que deberán guiarnos para aconsejar la operación con más o menos urgencia.

He aquí para terminar unas fórmulas de los colirios más usualmente empleados:

D|. Solución oleosa de escrina al 1 por 100.

—

D|. Salicilato de escrina, 5 ctgms.

Solución bórica en ag. hervida, al 4 por 100, 10 gramos.

Me. Pa. colirio. Póngase en frasco de color ámbar. Uso: 2 gotas cada hora, 2 horas, etc.

—

D|. Salicilato de escrina, 2 ctgmos.

Clorhid de pilocarpina, 15 ctgmos.

Ag. destilada, 10 gramos.

Me. Pa. colirio, 1 cta. gotas.

Uso: 2 gotas cada hora, 2 horas, etc.

—

D|. Dionina, 25 o 50 ctgmos.

Ag. destilada, 10 gramos.

Me. Pa. colirio. Uso: 2 gotas 2 o más veces al día en combinación con los colirios anteriores.

CLINICAL NOTES ON A CASE OF SPRUE.

The patient is a continental American. He arrived in Porto Rico several years ago, and took up his daily life among us here, living and eating much as we do. He enjoyed good health until nearly a year ago when he began to feel "full' after meals, with tightening of the belt from gas and vague sinking spells. He states that his meals made him lazy, sleepy, weak and unfitted for work. He usually felt so "full" that he wanted to lie down afterward and "sleep off" the effects of his meal.

Later on he began to lose rapidly in flesh, strength and color. Still later his mouth "broke out in small sores" (aphthae).

After going through the usual course of "Carabaña water", and daily diminishing his all-too-frugal meals, he at last reached such a pitiable state of weakness, anemia, and general inefficiency as to cause hin to appeal to a physician.

I examined the patient, found a shining tongue, an abdomen full of gas and a liver greatly reduced in size. I elicited the history of large, foamy, evil-smelling, whitish, grayish or ambar-colored stools and made a diagnosis of SPRUE. Fortunately, Drs. Gutiérrez Igaravídez and González Martínez, collaborators with me in the Institute of Tropical Medicine and Hygiene, were at hand and amply confirmed the diagnosis, considering it to be a typical case. In view of the interesting history to follow it should be noted that absolutely no sign nor syndrome of gastric ulcer had ever presented itself in this case. There was almost entire absence of hydrochloric acid in the stomach contents and there had never been epigastric pain, vomiting, nor even nausea.

I placed the patient on buttermilk and injections of emetine hydrochloride, one-third of a grain, once daily. The use of emetine was entirely my own idea, as I

hoped that a protozoal poison, known to be efficatious in amebic dysentery might be equally efficient in combating a possible, and as yet undiscovered protozoon, the cause of sprue. But I was doomed to disappointment in this as I had been in most of the other cases of sprue in which I had tried emetine. He was promptly sickened although no vomiting occurred. As he had not done well under this treatment I stopped the emetine and gave santonin in 1-gram doses daily for three days in each week, with a plain milk diet throughout several weeks. This resulted in a failure.

Then I put my patient to bed and on a strict milk diet as per the method recounted by Carnegie Brown in his work on sprue, stimulating with tincture of nux vomica and attempting to treat the evident atrophic enteritis by teaspoonful doses of gambir-agar. Under this treatment he improved throughout several days but one night without any warning I was sent for hurriedly to arrest a severe gastric hemorrhage. The patient must have vomited that night at least a liter of blood. How much more he lost and passed into the duodenum we must only conjecture but it was only with great effort and the liberal use of adrenalin, ice externally and cardiac stimulants, cautiously administered, that I was able, with Dr. W. W. King in consultation, to bring him through the night. When I recite the intense pallor, sighing respiration, filiform, rapid pulse, and fear of impending death experienced by the patient, it can be realized that his condition was extremely grave.

The gambir-agar was blamed by kind friends of the patient for the hemorrhage (!) and out of compassion, noting the terror of the drug which they had inspired in him, I did not insist on its further use. I simply kept him on a strict milk diet and added ever-increasing quantities of fresh strawberries, secured by weekly shipment from the United States. As much as 4 boxes were consumed eventually by the patient in one day, this quantity having been reached by gradually increasing amounts. His milk and strawberry diet cost him $130.00 a month (!). Think of this in a country where no valid objection exists to cultivating good strawberries nor to producing a creamy milk! Tincture of nux vomica was continued and lacteol tablets were given with each dose of milk. Beginning with 2,000 grams a day he reached, throughout a period of three weeks, a daily quantity of about 4,000 grams of milk.

On seeing the decided improvement of the patient and his gain in weight, added to the diet fresh vegetables and fruits. Especial recommendation was made for the use of the "tallote", paw-paw fruit, squash, orange, banana ("guineo gigante") and the native raspberry.

In two months he was able to take up heavy official responsibilities which called for the highest qualities of a forceful character and ability and he was highly successful in each one of his endeavors.

While not yet cured he sails for the North strong and active, with a good chance for ultimate recovery. Only a few signs remain to remind him of his old enemy.

I cite the case because it is rare that these hemorrhages occur in sprue, estabishing thus, with the stomatitis, more

reasonably than ever the comparison implied in the popular term, "tropical scurvy". I also call to your attention this case in order to emphasize the imperative necessity for a patient and intelligent cooperation on the part of the sufferer from this stubborn affection. Few people are there whose faith and spirit can offer so much to the physician as this gentleman whose case it has been my privilege to treat.

Bailey K. Ashford.

M. D.; Sci. D.

Collaborator, Institute Tropical Medicine and Hygiene of Porto Rico.

PYORREA ALVEOLAR

POR EL DR. MANUEL V. DEL YAFLE ATILES.

Ha llegado a tal punto el convencimiento de los profesionales, médicos y dentistas que la afección arriba nombrada es la causa de muchas enfermedades del sistema general que permanecían en completa oscuridad, que esto mismo nos ha hecho pensar en escribir estas líneas con el solo fin de recordar, mejor dicho, de revivir de una manera breve el interés de la profesión hacia esta lesión, dando a conocer las opiniones sobre su orígen, etiología, sintomatología y tratamiento.

Pyorrea alveolar es un término genérico. tal vez mal aplicado en general, pues significa "salida de pus" y esto viene a ser más bien un síntoma de la enfermedad en su período más álgido. Se la conoce también por otros nombres, como *supuración conjunta, pyorrea inter-alveolo dental, gingivitis expulsiva, osteo-periostitis alveolo-dental, caries alveolar específica, cemento periostitis, alveolitis infectosa, pericementitis cálcica, pericementitis fagedénica, blenorrea alveolar, gingivitis intersticial* y otros que sería prolijo enumerar.

El orígen de la pyorrea alveolar, con cuyo nombre la designaremos por sêr el más conocido, no es de fecha reciente. Ya hemos visto cómo en los estudios de la nueva ciencia llamada "PALEOPATOLOGIA", el Dr. Ruffer ha encontrado señales evidentes de esta enfermedad en los cráneos examinados de antiguas generaciones. En comprobación de esto, tenemos también las observaciones de Pierre Fauchard en 1728, de Jourdain en 1878, de Toirac en 1822, de Marechal de Calvi en 1860 y de otros varios. De continuar citando nombres de profesionales distinguidos que han estudiado y observado la enfermedad con interés, tendríamos necesidad de llenar numerosas páginas. No podemos, sin embargo, dejar de nombrar al Dr. E. Magitot, quien en 1867 describía la enfermedad por "la característica de ser una inflamación progresiva, destructora de la membrana del periosteo y del cemento, que viajaba del cuello del diente hacia la raíz, con la pérdida total de este órgano". Por la situación exacta de la lesión la llamó "osteo-periostitis alveolodental".

En los Estados Unidos el Dr. John W.

Riggs, de Hartford, Connecticut, en 1875 puntualizó, digámoslo así, las causas de la pyorrea, negando, en conferencia dada ante la Academia Americana de Cirujía Dental, que la lesión fuese de las encías o del hueso, que fuese heriditaria o constitucional; y afirmando por el contrario, que era de los dientes mismos, debido a las excrecencias ásperas en ellos depositadas, excitantes de la inflamación. Desde esta época se le denominó también por algunos, y aún así se conoce por "enfermedad de Riggs".

Hay discrepancias respecto a las causas que originan la lesión. Si fuéramos a revisar los estudios hechos sobre la etiología de la enfermedad en recientes años solamente, habríamos de compulsar numerosa colección de escritos. Ateniéndonos a la opinión del Dr. J. S. Marshall quien se ha ocupado de recopilar todo lo escrito sobre esta materia, vemos que resume estas opiniones y las clasifica en cuatro grupos:

1. Que la enfermedad se origina de algún estado general o discrasia.

2. Que la enfermedad proviene enteramente de una irritación local.

3. Que la enfermedad es debida a una infección de los tejidos del diente por los micro-organismos, y,

4. Que la enfermedad puede producirse por la falta de ejercicio de los dientes, encías y proceso alveolar.

Que todas estas observaciones son ciertas no cabe dudarlo.

El primer síntoma de la enfermedad es siempre inflamación de los bordes de las encías alrededor del cuello del diente, las cuales se ponen turgentes, y frecuentemente de un color amoratado.

Dependiendo de la severidad de la inflamación y de la diátesis del atacado, encontraremos que las encías sangran con facilidad, impidiendo aún la limpieza con el cepillo. La encía se separa del cuello del diente y forma sacos en los cuales van depositándose los restos del material alimenticio, determinando así, verdaderas culturas para las bacterias. Si pasamos un instrumento apropiado dentro de uno de estos sacos, encontraremos depósitos calcáreos de un color verde oscuro que se adhieren con tenacidad a la raíz del diente; según progresa la formación de estos cálculos, empuja el periosteo y dá lugar a una mayor inflamación y ulceración de esta membrana. En tales condiciones no es de extrañar el desarrollo rápido de bacterias y como resultado final la exudación de pus; finalmente, viene la destrucción del pericemento, del proceso alveolar, las encías se retraen, el diente se afloja y últimamente se cae.

El resultado inmediato de este período álgido de la enfermedad, la exudación de pus que se forma dentro de los sacos pyorréicos, es que a cada movimiento de la cavidad bucal para la masticación, deglutición, etc., se ocsiona una compresión de éstos saliendo el pus y mezclándose con la saliva, con los alimentos que se ingieren, con los líquidos que se toman. De ahí esos estados morbosos que muchas veces son incomprensibles para el médico, que no responden a un tratamiento apropiado. Hoy es práctica general según se osculta un enfermo, examinar su boca por pyorrea.

La flora bacteriana que encontramos en la pyorrea es múltiple y variada. Se encuentran siempre presentes, los estafilococos áureos, albos, citreos y fétidos, el estreptococo pyógeno, el bacillo pyoceano, y

casi siempre el diploco pneumónico, el leptotrix bucalis y la espiroqueta refringens.

Con la invasión de estas variedades de bacterias en el sistema general, ¿qué de extraño tiene que se encuentre asociado a la pyorrea el reumatismo, las dispepsias, la artritis, la penumonía, etc.?

El pronóstico de esta lesión es siempre favorable, ¿aún en los períodos más intensos de su curso, siempre que las causas locales puedan ser removidas, y las constitucionales corregidas.

El tratamiento es fácil. Remoción por medio de la instrumentación del cálculo salivar; limpieza y desinfección de los sacos pyorréicos con peroxido de hidrogeno; estímulo de los tejidos que rodean el diente y en casos de mucha agudeza la inmunización por las vacunas.

Como no ha sido nuestro objeto otro que el de llamar la atención profesional hacia esta lesión muy importante por considerarla la causa de otras de orígen incierto, no hemos querido entrar en el detalle de los diferentes modos de tratamiento y dejamos a la consideración de los que nos honren leyendo estas líneas, el consultar los numerosos autores que se han ocupado de esta enfermedad, algunos de los cuales nos han servido para escribir estas líneas.

San Juan, P. R., Mayo, 5 1914.

NOTAS VARIAS.

VACUNACION ANTITIFICA POR LA VIA GASTRO-INTESTINAL.

Extracto de una comunicación presentada a la Academia de Ciencias de París.

En la sesión de la Academia de Ciencias de París, que tuvo lugar el primero de Enero de 1914, presentó M. Roux una comunicación de M. A. Lumiére y M. J. Chevrotier, dando cuenta de hechos relacionados con la vacunación antitífica y otras, que conciernen a la inmunización, introduciendo en la vía gastro-intestinal la vacuna correspondiente.

Es indudable que las ventajas del procedimiento son considerables, y su sencillez atrayente para la práctica: la cuestión queda reducida a su eficacia. De una serie de experiencias comparando la acción de la exotoxinas y endotoxinas de los cadáveres bacilares y de los cultivos en totalidad, y del estudio sucesivo de la acción ejercida por la virulencia de los cultivos, de su edad, del procedimiento de esterilización por los diversos agentes físicos, de la dósis, de los intervalos de las vacunaciones y de todas las circunstancias que hay que tener en cuenta en estudios de esta índole, los autores de la comunicación parecen haber llegado a conclusiones alentadoras.

Los productos vacinales ensayados se han puesto al abrigo del contacto con el jugo gástrico, a fin de restringir su absorción al tubo intestinal; esta precaución se ha tomado para evitar los accidentes con que tropezaron los Dres. Courmont y Rochaix utilizando la vía gástrica en sus ensayos. Los experimentadores Lioneses han obtenido cierta inmunidad para la fiebre tifoidea con cultivos calentados a 53°, pero

después de la ingestión de los productos bacterianos, los animales tratados, presentaban fenómenos reaccionales tan intensos, (hipertermia, diarrea, etc.), que les han hecho renunciar a la vía gástrica y optar por la vía rectal.

La absorción de productos bacterianos por el tubo digestivo ha quedado demostrada; así también su capacidad para producir cierto grado de inmunización. Los datos recogidos durante un año de cultivos e investigaciones acerca de la vacuna antitífica por este método, se resumen como sigue:

Sembrados en agar, en redomas de Roux, unos cultivos de 24 horas, en caldo. de bacilos de Eberth, de bacilos paratíficos y de bacterium coli, tan virulentos como fué posible, y polivalentes, se recogieron las colonias a las 48 horas, y se eliminaron la mayor parte de las exotoxinas por el lavado en suero fisiológico y el centrifugado. Eliminóse enseguida la masa microbiana por agitación mecánica en un volumen de agua destilada proporcional, hasta que cada centímetro cúbico contuviera diez mil millones de bacilos.

Enseguida de la esterilización por el calor a la temperatura de 50° durante una hora, se mezclaron las tres especies microbianas en proporción a sus toxicidades; 300 millones de bacilos de Eberth, 180 bacterium coli y 120 millones bacilos paratíficos.

Sometida la mezcla a la desecación instantánea por pulverización, se obtiene un polvo seco estable que contiene 500 millones de bacilos por miligramo de polvo vacinal; basta diluír la dósis necesaria en una sustancia inerte soluble y dividir la masa en las proporciones, que son luego keratinizadas.

Se han hecho experiencias con estas preparaciones en los animales, y luego en el hombre sin provocar jamás hipertermia, ni diarrea, ni síntomas secundarios, aún ingeridos a dósis elevadas.

En cambio, dosis de 3 millones de microorganismos por kilo de animal ingeridas en tres fracciones durante 24 días a 8 días de intervalo cada dosis han determinado en conejillos de India y en conejos una inmunización cierta y durable contra las septicemias experimentales Eberthiana, paratífica y cólica.

Una dosis mortal de cada uno de los cultivos virulentos, fué inyectada a los animales inmunizados sin que presentaran el más mínimo trastorno; mientras que los animales sometidos a la misma dosis y que no habían sido sujetos a la inmunización perecieron en 24 horas.

Si se confirman estas experiencias y si, como afirman los autores, se han empezado a hacer experiencias en casos de infección Eberthiana y gonocócica con resultados alentadores, el método podrá extenderse a gran número de afecciones: a todas aquellas en las que el agente es un microbio cultivable.

Por lo demás, son varios los experimentadores que persiguen la idea de inmunización por la vacuna contra las infecciones.

INTERTRIGO INGUINAL.

Esta dermatosis frecuente en Puerto Rico, suele mostrarse rebelde a los medios empleados para combatirla por lo cual creemos útil llamar la atención hacia un trabajo de Sabourand en que se expone un tratamiento cuyos resultados favorables se obtienen en ocho días.

Es el eritrasma (intertrigo inguinal)

una dermatosis situada en las caras internas de los muslos, inmediatamente por debajo del pliegue inguinal. La enfermedad es propia de los adultos, se observa con mucha frecuencia en el hombre y se halla en éste, mayor número de veces en el lado izquierdo, en el sitio de contacto del escroto con el muslo.

El agente causal es la presencia del *microsporon minutissimum.*

Los síntomas objetivos consisten en placas rojas más o menos extensas, redondas y de contornos regulares que ofrecen una superficie de color igual rojo sombrío y puramente escamosas.

Lo más molesto de la enfermedad son los fenómenos funcionales que consisten en comezones bastante vivas, para determinar una irritabilidad de carácter y hasta para impedir el sueño, sobre todo en la época calurosa.

Por fortuna, el pronóstico no es grave y salvo cierta tendencia a reproducirse, su curabilidad es siempre posible. A veces hasta con medios simples como son el uso de baños de una solución de borato sódico saturado.

La enfermedad, sin embargo, se muestra a veces rebelde, por lo que el tratamiento propuesto por el Dr. Sabourand debe ser conocido.

Este consiste en fricciones diarias practicadas con un pincel de huata hidrófila empapada en la mezcla siguiente:

Tintura de iodo fresca, 20 gramos.

Licor de cloroformo, 180 gramos.

La fricción debe practicarse hasta separar la epidermis callosa que el parásito ha levantado; se deja luego secar y después se aplica una leve capa de la pomada compuesta de:

Calomelano al vapor, 30 centígramos.

Tanino a base de éter, 30 centígramos.

Vaselina, 30 gramos.

A su vez esta capa de pomada se enjuga para espolverear la región con talco, La cura sólo se hace una vez al día lavando antes la región con jabón. Asegura el autor que el eritrasmo desaparece en ocho o diez días y que todo se reduce luego a evitar las recidivas teniendo cuidado de insistir en el tratamiento mientras se halle una mancha roja que se extienda, lo que es señal de que el parásito ha sobrevivido a las aplicaciones medicamentosas y por lo tanto, hay que insistir para evitar su propagación.

EL CANCER EN LA ARGENTINA.

Roffo cita varias estadísticas que demuestran que el aumento en el número de muertes a causa del cáncer en la Argentina, y en el número de pacientes tratados, se debe simplemente al hecho de que la enfermedad es diagnosticada con mayor precisión ahora que antes; y a que la inmigración ha aumentado considerablemente. Afirma que el número de extranjeros en Buenos Aires está aumentando de una manera considerable, y que próximamente la mitad de la población actual es nacida en el extranjero. Es cerca de dos veces mayor el número de personas no nacidas en el país que el de argentinos tratados en los hospitales. Muchos de los inmigrantes están o se hallan muy próximos a la edad favorable para el cáncer. Buenos Aires recibe la mayor parte del elemento extranjero y vá muy a la vanguardia en lo que respecta a la frecuencia del cáncer. Con una población de 2.950.384 nativos y 1.004.527 extranjeros, han ocurrido 58.400

muertes por cáncer en el país, en los últimos doce años. El estómago o el esófago fueron los órganos afectados de cáncer en un 20 por 100 cada uno: el píloro en 15 por 100. Debido a que el mayor número de inmigrantes pertenecen al sexo masculino, en las mujeres es relativamente raro el cáncer; y el útero figura como sitio del cáncer en sólo un 4.03 por 100. En sesenta y dos casos de cáncer del estómago, treinta ytres de los pacientes tenían menos de cuarenta años.

TOS-FERINA EN LOS PRIMEROS DIAS DE LA VIDA

E. A Cockavne ha reunido interesantes testimonios de escritores antiguos acerca de la tos-ferina congénita. Cita un número de autores, tales como Sir Tomas Watson, Rillet y Barthey, quienes mencionan infantes que han tenido accesos característicos de tos-ferina en el primer día de su vida, habiendo tenido la madre tos-ferina durante los últimos meses de la preñez. El caso descrito por Coper Cole era probablemente congénito. La madre desarolló la pertusis en el sexto mes de embarazo. El niño nacido al octavo mes, empezó a toser al tercer día, y tuvo espasmos desde el diez y siete, siendo los ataques típicos y severos. Si este caso fuere congénito, demostraría que el organismo puede encontarse en la sangre circulante, o permanecer virulento en el tejido placentario por cerca de dos meses después del comienzo de la enfermedad. La pertusis en el recién nacido, adquirida después del nacimiento, es más común, pero aún en estos casos, es rara. Bouchut dá cuenta de un caso en el cual un niño de cuatro días, dos días después de haber estado expuesto a la infección, comenzó a toser y tuvo los espasmos ocho días más tarde. Numerosos casos se citan de niños que han desarrollado pertusis a los diez, doce y quince días de nacidos. Cockayne cita un caso suyo, en el cual el niño empezó a toser a los cinco días. El período de incubación pudo haber sido de cuatro días o menos, pues la madre y un hermano desarrollaron la enfermedad pocos días antes de haber nacido aquél. La enfermedad en este niño fué típica, y el examen de la sangre demostró una leucocitosis característica con aumento de linfocitos. La enfermedad en los niños pequeños es a menudo típica; no hay por lo común "espasmos", pero es más común el carácter paroxismal de la tos, que en una simple bronquitis.

Brit Jour. Child. Dis.

ESTADISTICA VIENESA DE 4,134 CASOS DE SIFILIS

Desde 1880 hasta 1912 M.M. Mattanschok y Pilcz, de Viena, han seguido 4,134 casos de sífilis ocurridos en oficiales, y el resultado de sus observaciones ha sido el siguiente:

198 paralíticos, 113 tabéticos, 132 tuvieron sífilis cerebro-espinal, 80 sufrieron psicosis de diversa naturaleza, 8 de los cuales tuvieron arterio-esclerosis, 147 sucumbieron de tuberculosis, 17 murieron de aneurisma de la aorta y 101 de lesiones del miocardio o de las arterias.

Medizinische Klinik.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LOS NIÑOS "ATRASADOS"

Por el *Dr. Raoul Dupuy.*

Qué debe entenderse por atraso.—Atrasados atróficos y distróficos.—Etiología.—Las anomalías somáticas, psíquicas y sensoriales de los distróficos.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento de los atrasados distróficos.—Las instituciones para atrasados.

El número de niños anormales (seres deformes, futuros criminales, alienados, prostituídos, etc.) aumenta cada día, comprometiendo el porvenir del país, de la sociedad y de la raza.

Estos individuos, víctimas inconscientes de una injusta fatalidad, ¿constituyen un tributo que pagamos a nuestra civilización? ¿son un indicio de la próxima decadencia?

En todo caso, la colectividad, en lugar de intentar simplemente educarlos, sin gran resultado a veces (escuelas especiales d atrasados), tiene el deber de investigar y suprimir las causas que determinan este estado de atraso. Debe también tratar a estos individuos, algunos de los cuales (los niños *atrasados distróficos*) son enfermos corporales, susceptibles de mejoramiento y aun de volver a la normal.

El estudio de estas anomalías que constituyen *la infancia atrasada* es de los más complejos, puesto que abarca toda la patología.

En efecto, siguiendo el ejemplo de los neurólogos y pedagogos, no sólo debe calificarse como atrasados a los niños que solamente presentan deficiencia intelectual, sino que también debemos considerar como tales a los que, ya aislada, ya simultáneamente, tienen un retardo, un paro o una regresión lo mismo en su evolución corporal y sensorial que en su psiquismo.

Por otra parte, si tenemos en cuenta que estos individuos están en período de crecimiento, es decir, en estado de inestabilidad biológica; si consideramos también la variedad en los tipos de anomalía, hasta el punto de que cada atrasado, considerado en su conjunto, constituye un *tipo clínico especial,* que es casi imposible hacer entrar en una clasificación general; fácilmente nos daremos cuenta de las dificultades que se nos presentan para dar una idea de conjunto de la cuestión.

Para poder juzgar a un niño atrasado, hay que tener en cuenta su edad y proceder por comparación con la *normalidad.*

Es atrasado todo niño que para una edad dada presenta un retardo corporal, psíquico o sensorial con relación a los niños de la misma edad.

El recién nacido tiene una vida *vegetativa.* El niño de teta tiene una vida *animal,* que se convierte en *humana* en cuanto posee el don de pensar y hablar. La pubertad aparece luego: el individuo es entonces capaz de reproducirse.

¡Cuántas etapas debe atravesar el niño para llegar a la nubilidad!

Ahora bien: a cada una de estas etapas corresponde toda una serie de trastornos de la evolución, que pueden interesar, ya parcial, ya totalmente, al individuo.

El atraso es lo más importante; pero existe también un estado, caracterizado por la *exageración* y la *inversión*, que se denomina *perversión* y *desviación*.

Los atrasados propiamente dicho no representan, pues, más que un pequeño número de niños anormales: los restantes son los *pervertidos*, los *desviados*.

Al igual que el atraso, la perversión es corporal, psíquica o sensorial, e interesa tal o cual sistema, órgano, facultad, o sentido; com ocurre, por ejemplo, con los gigantes, los macropenianos, los *prodigios* de música o memoria, los invertidos sexuales, etc.

Pero muy a menudo el atraso se acompaña de perversión, o es producido por ella hasta el punto de que el retardo infantil es un estado mixto. No es un sencillo paro, retardo o regresión, una falta de madurez, sino un *desequilibrio,* una *desarmonía* de la evolución.

Etiología.—Las causas del atraso infantil son múltiples. Este estado puede ser congénito o adquirido. A veces es mixto.

Es congénito a consecuencia de una debilitación del germen de los generadores (senilidad, embarazos múltiples, alcoholismo, sífilis, tuberculosis, miseria fisiológica, paludismo, artritismo, estado neuropático, etc.). Es adquirido a causa de las enfermedades del embrión, de traumatismos abdominales o fatigas de la madre durante el embarazo, de parto prematuro, de distancia materna o fetal, de *infecciones de la infancia,* de crecimiento demasiado rápido, de defectuosa alimentación (enteritis), etc.

Insistiremos de un modo especial sobre el hecho de que el atraso infantil, ya sea congénito o adquirido, es producido por *trastornos* o *lesiones* que interesan ya el sistema nervioso y la médula, ya una o varias glándulas internas (glándulas endocrinas; glándulas paratiróideas, hipófisis, suprarrenales, genitales; parte intersticial del testículo y cuerpo amarillo del ovario).

Debemos, en primer lugar, diferenciar los trastornos de las lesiones.

Los trastornos son perturbaciones de orden fisiológico, que pueden ser modificadas. Las lesiones que corresponden de un modo especial a la esclerosis son inmutables.

Si las lesiones alcanzan el cerebro (encefalopatías más o menos generalizadas) o la médula (mielitis), los tipos que de ellas se derivan son los *atrasados atróficos,* enfermos incurables hoy por hoy, excepto, sin embargo, en algunas formas especiales de sífilis. Son los paralíticos, los hemipléjicos, *algunos* líttlicos y epilépticos, los sordomudos y ciegos de origen central, algunos hidrocéfalos y microcéfalos, etc.

En los restantes casos de atraso, ya existan lesiones de las glándulas de secreción interna, o trastornos cerebrales y medulares por intoxicación o falta de flujo excitomotor y trastornos endocrinos por hipo- o hiperfuncionaiismo de estas glándulas, nos encontramos en presencia de *atrasados distróficos,* que pueden mejorar más o menos. En efecto, pueden modificarse las intoxicaciones por medio de un régimen apropiado, como también los trastornos secretorios de las glándulas endocrinas por medio de la opoterapia endocrina.

A los dos grupos de atrasados atróficos y distróficos debemos añadir los *atrasados*

mixtos (semicerebrales, semiendocrinos), susceptibles también de modificaciones, y que probablemente son más numerosos de lo que se cree.

No nos detendremos en el estudio de los *atrasados atróficos puros,* que, si bien es verdad que presentan un interés científico, no pueden ser mejorados por la terapéutica médica propiamente dicha. Estos individuos deben ser tratados *pedadógicamente* (Séguin y Bourneville).

Las **anomalías corporales** pueden interesar ya todo el organismo, ya uno o varios sistemas, o un órgano tan sólo, produciendo ulteriormente un estado de infantilismo completo o incompleto (Herthoge).

Las anomalías son de orden anatómico y fisiológico.

Por lo que al *sistema óseo* (asiento habitual de las distrofias) se refiere, los trastornos afectan la vitalidad (osteoporosis), la forma, las dimensiones, el proceso de soldadura y de calcificación (raquitismo).

La anomalía puede ser total (nanismo) o parcial (estromelia y micromelia humeral, por ejemplo), Y, como en todo estado de atraso se encuentra, conforme hemos dicho precedntemente, perversión y desviación, de aquí que en estos individuos, atrasados también, se observe a menudo gigantismo parcial o total (de las extremidades especialmente), desproporciones, y hasta tipos de deformaciones idénticas a las de la acromegalia.

Haya o no perversión o atraso, el carácter común de tods los huesos largos de los atrasados es el presentar un *retardo en la osificación,* que puede hacerse patente por la radiografía.

Por el contrario, los huesos planos, como por ejemplo los del cráneo, se sueldan a veces demasiado rápidamente, sin que sea posible encontrar las causas de este trabajo de sutura precoz.

Los **músculos** se conducen como los huesos. Obsérvase en ellos atrofia (eminecia tenaz, región glútea, músculos de los miembros), o bien hipertrofia o mioedema, como por ejemplo en la lengua. Considerados desde el punto de vista de su tonicidad, son hipo- o hipertónicos; y, si a ese etstado se añade el relajamiento o la contractura de los ligamentos y aponeurosis, fácilmente se comprenderá el por qué la estación de pie y la marcha son a veces difíciels en estos individuos.

Unos son verdaderos *niños de goma* (hernias umbilicales e inguinales frecuentes), que pueden adoptar la posición fetal replegándose sobre sí mismos; otros son *autómatas* con marcada rigidez.

Así se explica la patogenia de algunas deformaciones: pie plano, pie zambo, *genu valgum,* etc., en las cuales, además de las distrofias óseas diafisoepifisarias, existe falta de armonía entre los ligamentos y los músculos antagonistas, relajados unos y contracturados los restantes.

Por parte de las *articulaciones* se observan luxaciones congénitas determinadas por la defectuosa construcción de la cavidades articulares y la laxitud de los ligamentos. Lac rigideces articulares determinadas por la retracción ligamentosa y muscular dan a menudo la impresión de anquilosis. Hemos observado este fenómeno al nivel de la articulación radiocubital superior: este trastorno impide por completo los movimientos de pronación y de supinación.

Es en virtud de este proceso de hipo- y de hipertonia que se producen las desviaciones de la columna vertebral (escoliosis, lordosis), que son relativamente frecuentes. También debemos señalar las actitudes viciosas de la cabeza sobre el tronco, cuyo origen parece ser el mismo.

Basta a menudo hacer andar o correr a estos niños con la cabeza inclinada hacia adelanet y los brazos hacia atrás, subir y, sobre todo, bajar una escalera, para hacer el diagnóstico de atraso: tan característica es su manera de andar.

Su **circulación** es siempre defectuosa. Además de las deformaciones (agujero de Botal, estrechez mitral), al corazón le falta tonicidad, conforme lo indica la poca presión arterial. Su ritmo está perturbado (taquicardia, embriocardia, intermitencias).

Las arterias son pequeñas, duras y poco elásticas. Este estado favorece el descenso de la presión y explica la diferencia, a veces nula (observable con el oscilómetro de Pachon), entre la tensión máxima y la mínima de una arteria. Hay *anangioplasia,* conforme dice Brissaud. Su presión varía entre 5° y 10°, según su estado y la edad (fig. 1).

Las venas están induradas o hipotónicas. Este hecho explica los éxtasis sanguíneos, las varices y la defectuosa circulación de retorno. Los capilares están, pues, obstruídos. La nutrición, la respiración en el seno de los tejidos y la temperatura del individuo se resienten fatalmente de este estado (sabañones, trastornos tróficos, hipotermia, congestión y asfixia de las extremedidas, sensación de frío habitual, etc.).

La sangre es anormal en su composición. Es pobre en sales de cal (hemofilia?). Presenta hipoglobulia (anemia, soplo mesosistólico extracardiaco) e hiperleucocitosis. La cantidad de hemoglobina está disminuída. Esta hiperleucocitosis merece llamar la atención. Quizás pueda explicarnos la inmunidad frecuente de estos individuos frene at las enfermedades infecciosas de la infancia.

Este linfatismo va acompañado de hipertrofia de los órganos linfoides (vegetaciones adenoides) que producen los desórdenes que todos conocemos.

Las anomalías del **sistema nervioso** son muy numerosas. Consisten, en primer lugar, en deformaciones de la caja craneana que dan origen a una multitud de tipos (plagiocefalia, escalocefalia, oxicefalia, trigonocefalia, platicefalia, acrocefaia, hidrocefalia, macrocefalia, microcefalia, etc.), que han sido muy bien estudiados. En el cerebro se observa un aumento o una disminución de la substancia cerebral total. Las distrofias más frecentes son la agenesia de algunos lóbulos, la delgadez de la capa cortical, la poca profundidad de los surcos. La médula oblongada y la protuberancia están poco desarrolladas.

Al examen microscópico, llama la atención la rarefacción de las células nerviosas y de los vasos sanguíneos.

Muchos de estos niños que han presentado manifestaciones de histerismos y de epilepsia, o que han tenido convulsiones, no tienen rastro de lesiones cerebro-espinales.

Las **glándulas de secreción interna** (endocrinas) faltan, o están esclerosadas, o rudimentarias, o en estado de hipertrofia

adenomatosa. La hipertrofiia hipofisaria va a menudo acompañada de ensanchamiento de la silla turca. A veces estas glándulas parecen normales, pero no han sido estudiadas desde el punto de vista químico. Se observa también la persistencia del timo.

Si pasamos revista a los diferentes aparatos, observaremos que todos presentan retardo o perversión en su constitucón y en su funcionalismo.

Tubo digestivo.—En la boca encontramos la dentición retardada e incompleta, o también dientes supernumerarios; persistencia de los dientes de leche; *caries dentaria;* implantación defectuosa a consecuencia de la mala disposición de la bóveda palatina (ojival, caída, maxilares estrechados); macro- y microdentismo, dientes de Hutchinson; labios gruesos o delgados, labio leporino; la lengua es gruesa, larga, con fisuras; inserción viciosa del frenillo.

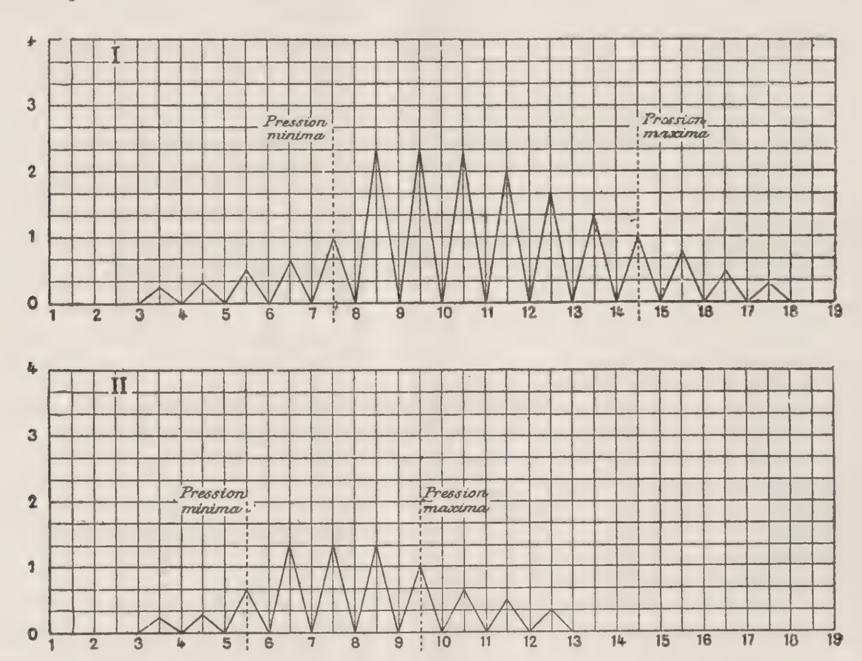


Fig. 1—Estos gráficos representan curvas de presión arterial (tomadas en las mismas horas con el oscilómetro de Pachon) de dos jóvenes de quince años, de los que el nº 1 es normal y el nº 2 atrasado. En la línea de los abcisas están indicadas las amplitudes de las oscilaciones.
La diferencia entre las presiones máxima y mínima corresponde a la electricidad arterial, que es de 7 para el nº 1, y solamente de 4 para el nº 2 (anormal).

Las glándulas salivales presentan hipo- y sobre todo hipersecreción (babeo).

Por parte del estómago e intestinos encontramos dilatación gástrica, rumiación, estreñimiento pertinaz, enteritis, insuficiencia hepática (tinte subictérico), atonía del esfínter anal, etc.

Asimilación.—La asimilación siempre pre es defectuosa, conforme lo demuestra

el examen de la orina. A menudo estos niños presentan un retardo de la nutrición, caracterizado por obesidad, mixedema, reumatismo, etc.

Aparato respiratorio. — Laringe: voz eunucoide o cavernosa.

Pulmones y bronquios: enfisema y bronquitis crónicas.

Aparato urinario. — Riñones multilobulados; atonía de los esfínteres (incontinencia diurna de orina); epi- e hipospadias.

El examen de la orina es muy interesante. Demuestra la presencia de una gran cantidad de indicán, de pequeña cantidad de albúmina, de urobilina, de pigmentos biliares, de escatol. Estos individuos son, pues, unos *intoxicados.* Además se observa una retención o una hiperexcreción de las substancias normalmente contenidas en la orina (agua, cloruros, fosfatos, sales de cal, ácido úrico, urea). Todo ello indica que ha habido *retardo de la nutrición o desmineralización.* En especial la retención de los cloruros corresponde a un estado de astenia que estudiaremos luego; la hiperexcreción clorurada coresponde, en cambio, a un estado de inestabilidad, y se encuentra a veces en algunas formas de epilepsia (figuras 3 y 3).

El **aparato genital** podemos decir que siempre está en estado distrófico. Se observa la atrofia o la hipertrofia de los órganos pélvicos y externos. La criptorquidia simple y doble es frecuente. Debemos también señalar la hipertrofia mamaria. Estos trastornos corporales van acompañados de un adelanto o de un retardo de la pubertad. En el segundo caso son frecuentes estigmas corporales, psíquicos y sensoriales de *inversión sexual.*

Las anomalías del **sistema cutáneo** están caracterizados por el grosor, la sequedad, la rugosidad de los tegumentos, o bien por una delgadez y finura extraordinarias de la piel. Se observa congestión o anemia. Los reflejos están ausentes o bien exagerados. La piel es frecuentemente asiento de afecciones especiales (dermatosis, varices). El *sistema piloso* presenta particularidades interesantes. Los pelos y los cabellos son abundantes o escasos. Su constitución y su aspecto son muy diferentes (gruesos, finos, friables, deslustrados, cortos, etc.). A menudo falta la transpiración.

El **sueño** es muy profundo (incontinencia nocturna de orina) y duradero, o ligero, agitado y corto, Sonambulismo.

Los **reflejos** pueden estar abolidos o exagerados, o también ser normales.

La **facies** de los atrasados persenta numerosas anomalías de los órganos que la componen. Más lejos enumeraremos estas distrofias al estudiar los órganos de los sentidos. Considerada en su conjunto, puede ser abotargada, lunar con los carrillos vultuosos y labios salientes, en cuyo caso carece de expresión a causa de su inmovilidad. Otras veces, en cambio, es flaca y goza de extraordinaria movilidad.

La asimetría y el prognatismo son frecuentes.

A veces obsérvanse parálisis periféricas.

En resumen, considerados desde el punto de vista somático, los niños atrasados no pueden ser clasificados como hemos dicho precedentemente. Sin embargo, algunos coresponden a tipos clínicos (muy artificiales, es cierto) y que pueden ser denominados *mixedematosos, mongólicos, invertidos sexuales, obesos génitodistróficos, negroides, acondroplásicos, enanos tipo lorenés, fetoides, gigantes, acromgalorraquíticos, distróficos craneanos, exicéfalos, impúberes,* etc.

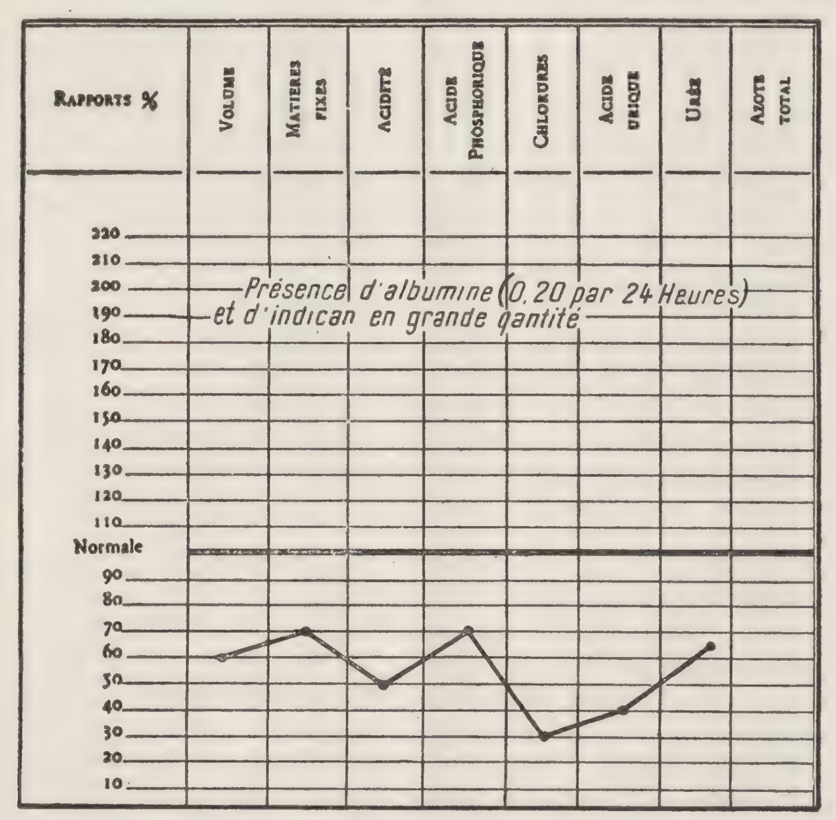


Fig. °. — Gráfico del análisis de orina de un retencionista.

Una distrofia corporal que a menudo va acompañada de atraso psíquico o sensorial, y caracterizada por una *senilidad precoz* (progeria), merece un lugar especial en la enumeración. Indica una vez más que el estado de atraso es mixto, que puede presentar retardos y perversiones de la evolución.

Las **anomalías psíquicas** han llamado especialmente la atención de los pedagogos y neurólogos. Son las que más llaman la atención de los padres y por las cuales vienen a consultarnos. Este hecho nos explica el por qué a denominación de *atrasado* se ha aplicado, equivocadamente, por muchos autores, solamente para designar individuos qeu tienen deficiencia intelectual.

Las taras psíquicas, al igual que las taras corporales, consisten en retardos, detenciones, regresiones, y también perversión de la facultad.

En estos individuos, el raciocinio, la reflexión, el sentido moral, la coordinación de las ideas, la facultad de comprensión, faltan o están deformados. Por el contrario, es frecuente observar en ellos una apetencia más o menos acentuada por tales o cuales ramos de la actividad intelectual.

Las anomalías de la *voluntad* permiten, hasta cierto punto, establecer una división en estos individuos. En efecto, encontramos los abúlicos, los asténicos, los *apáticos* formando una primera categoría, y los *inestables,* los agitados que no pueden fijar su atención, en un segundo grupo.

Las anomalías del *instinto* son también muy frecuentes. Deben encontrarse más o menos combinadas y ser unmerosas para constituir un estado de atraso.

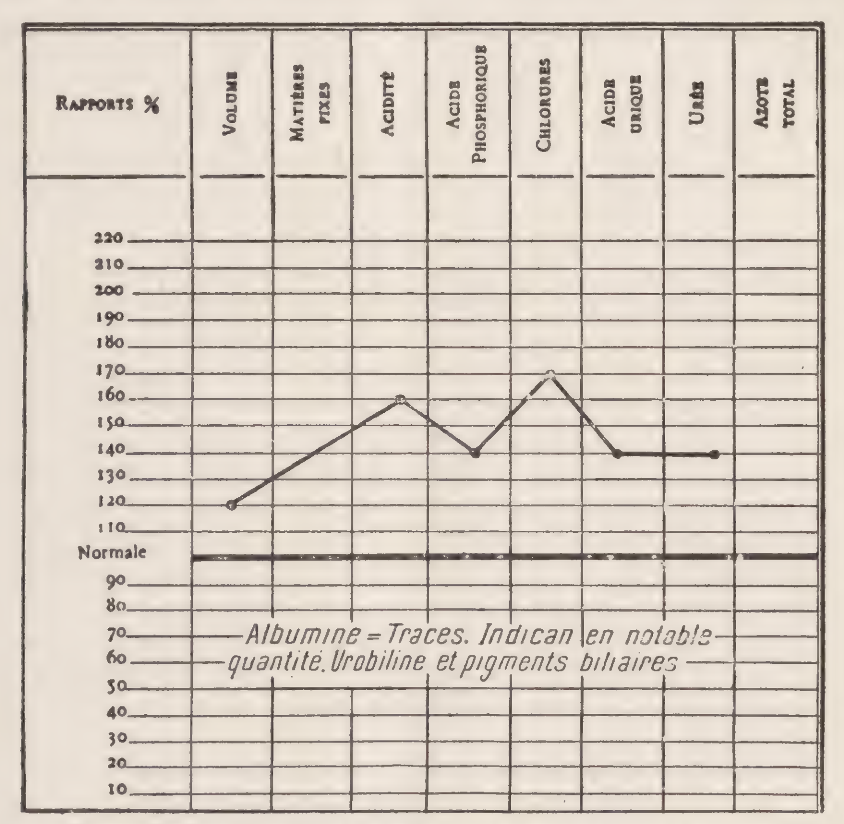


Fig . — Gráfico del análisis de orina de un desmineralizado (inestable).

Instinto de conservación: Pusilanimidad o suicio, y sobre todo inconsciencia del peligro.

Instinto de nutrición: Anorexia o glotonería.

Instinto de propiedad: Robo o prodigalidad.

Institnto de sociabilidad: Egoísmo o sentimentalidad exagerada.

Instinto sexual: Onanismo, sadismo, inversión sexual, exhibicionismo, etc.

Las perversiones del instinto producen numerosos trastornos, que pueden llegar a ser tan acentuados que no son más que la demencia. El límite entre el estado de atraso y de perversión y el estado de locura no puede establecerse.

Además, los niños atrasados presentan numerosos defectos de *carácter* que les hace insociables: son brutales con los animales, coléricos, envidiosos, celooss, sucios, tímidos, perezosos, desordenados, mentirosos, batalladores, etc.

Las anomalías del *lenguaje* se traducen por la mudez en los sordos, por mutismo y lenguaje inarticulado en los individuos faltos de ideación. La tartamudez indica una falta de coordinación en el funcionalismo de los órganos.

Los defectos de pronunciación son muy numerosos: se clasifican con la denominación de *tartajeo*, que consiste en la sustitución, al supresión o la deformación de una de las letras que componen la palabra. Los principales tipos de tartajeo, son:

Ceceo: consiste en cambiar la *s* en *z*.

Seseo: cambio de la *z* en*s*.

Sisismo: exageración del silbido de la *s*.

Sigmatismo lateral: consiste en dirigir la lengua hacia un lado al pronunciar la *s*.

Yeismo: cambiar la *ll* por *y*.

Habla brozosa: modificación de la *r* por un sonido gutural desagradable.

Muchos atrasados tienen *una habla nasal* por deformación de los sonidos vocales o nasales.

Estos últimos trastornos de la pronunciación dependen de la pereza o de la estrechez de la cavidad bucal, de las dimensiones exageradas o de los trastornos motores de la lengua.

Los trastornos de la *escritura* son frecuentes, y guardan relación con las perversiones de la voluntad.

La escritura de los apáticos es gruesa, redonda, a menudo regular, pero sin carácter; la de los inestimables es irregular, temblorosa.

La *lectura* es a menudo difícil. Algunos niños silabean sin comprender el sentido de la palabra.

Lo mismo en la escritura que en la lectura se encuentra toda una serie de trastornos que están comprendidos en la afasia: ceguera verbal, agrafia, sordera verbal, etc.

Estos individuos tienen generalmente una memoria extraordinaria, hasta el punto de que algunos, transcurridos diez o quince años, reconocen los lugares y personas a quienes han visto una sola vez. Su memoria para las fechas es sorprendente.

Algnuos de estos individuos presentan un verdadero don para el cálculo, la música, la imitación mímica o hablada.

A menudo su **sensibilidad efectiva** está muy desarrollada: lloran con facilidad y tienen accesos de ternura.

Casi todos los niños atrasados tienen *tics* o *manías*, y fobias: tics de Salam, ecolalia, onicofagia, aerofagia, agorafobia, estradofobia, movimientos coreicos y contracciones nerviosas más o menos loca-

liazdas en algunos grupos musculares, etcétera.

Serias dificultades encontramos para asignar un lugar a los niños distróficos en la clasificación que Bourneville propone para los niños anormales psíquicos.

La clasificación de este autor es la siguiente:

1. *Idiotas absolutos: seres vegetativos (marcha, palabra, atención, nulos).*
2. *Idiotas profundos: seres animales (andan, pero la palabra y la atención son casi nulos).*
3. *Imbéciles profundos: andan, pero la palabra y la atención son muy limitadas).*
4. *Imbéciles ligeros: (retardo de las facultades).*
5. *Inestables ligeros: (movilidad intelectual).*

Para poder orientarnos sería necesario que el individuo no estuviera influído por el crecimiento o no se modificara.

Si a la edad de ocho a doce años el atrasado distrófico puede ser incluído en el 3, 4 ó 5 grupo, durante sus primeros años los síntomas corresponden al idiotismo absoluto o profundo, que, tratándose de un *adolescente,* indican la probable existencia de una lesión cerebral (atrasados atróficos).

Por otra parte, el atrasado calificado de imbécil ligero, puede, al mismo tiempo, ser un inestable.

Por todas estas razones siempre ocurrirá que las clasificaciones fundadas en el estado intelectual (y son la mayoría) son siempre mutables.

Las **anomalías sensoriales** afectan ya los órganos de los sentidos, ya la manera cómo los individuos interpretan la sensación. En ambos casos, se encuentra, como siempre, el atraso y la perversión.

Por lo que a la *vista* se refiere, las anomalías interesan los anexos del ojo: los párpados, cuya hendidura palpebral está dispuesat oblicuamente, como en los mogólicos, o que presentan una membrana accesoria (*epicanthus*); las glándulas lagrimales, que están en hipofunción (son muchos los atrasado que lloran sin verter lágrimas); los músculos motores, a quienes falta la coordinación, o que presentan contracturas pasajeras (esrtabismo y nystagmus intermitentes).

La exoftalmia es frecuente. Las anomalías que interesan el ojo pueden existir en todas las membranas, principalmente si hay detención en su evolución (coloboma, por ejemplo).

Por parte de la retina, además de las atrofias incurables, se observa distrofia papilar por falta de vascularización; lo que produce una ceguera pasajera durante los primeros meses de la vida del niño.

El iris es anormal por falta de pigmentación y por la incoehrencia de los músculos que lo animan, produciendo reacciones paradójicas de las pupilas: pupila perezosa, dilatada o contracturada, privada de reflejos sin que exista una elsión cerebral que lo explique.

En muchos de estos niños atrasados el ojo está mortecino, la mirada es vaga, sin expresión, sin vida. Otras veces, por el contrario, los ojos son demasiado brillanes, tla mirada excesivamente viva, muy penetrante o demasiado fija.

Los vicios de refracción y la discromatopsia son también frecuentes.

Las perversiones de la interpretación son muy numerosas: la mayoría de estos niños no pueden distinguir los colores,

evaluar las disanciast y las dimensiones de los objetos.

El **oído** es anormal en el sentido de que el aparato auditivo es incompleto (ausencia de un huesecillo, deformación del tímpano, atrofia de los órganos de Corti) y que, consiguientemente, la facultad auditiva está disminuída. La cordera obedece también a otra causa: la presencia de vegetaciones adenoides en la faringe, principalmenet al nivel ed la fosita de Rosenmüller, qe obstruyen los pabellones de las trompas de Eustaquio.

En cambio, muchos atrasados presentan hiperacusia y son muy aficionados a la música.

No hablaremos de las deformaciones del pabellón, pues son muy conocidas (dimensiones exageradas, modo de implanacitón, disrtofias de los lóbulos y del tubérculo de Darwin, etc.).

El **gusto** presenta también numerosas anomalías. La atrofia de las papilas explica el por qué algunos individuos son incapaces de diferenciar manjares diferentes. Las perversiones son frecuentes (salacidad).

El **olfato** tiene también sus anomalías. Sin hablar de las distrofias externas de la nariz, que con la boca abierta, resultado de una respiración defectuosa por la nariz, completan el retrato de un atrasado, hay qeu emncionar las anomalías inertnas (deformaciones o hipertrofia del tabique, ausencia de una fosa nasal, etcétera).

En algunos el olfato está muy disminuído; en otros, en cambio, está muy desarrollado (los que tienen la costumbre de oler siempre); y en muchos casos se observan también signos de perversión en la interpretación de la sensación.

A las anomalías del *tacto* se refiere el estudio de la mano. Las manos de los atrasados presentan tipos variados; manos largas y afiladas, manos cortas y gruesas, manos de idiotas, manos rugosas y violáceas, manos cuadradas, manos en tridente, manos de antropoide, ect. Las manos de los invertidos sexuales hombres son a menudo idénticas a las de la mujer (índice más largo que el anular).

Al igual que para los otros sentido, se observa atraso y perversión: ausencia de sensibilidad (quemaduras frecuentes), imposibilidad de reconocer la forma de ciertos objetos (ausencia de noción de relieve) o la consistencia de ciertas telas, dificultad para diferenciar el frío del calor en un punto dado, prensión difícil, torpeza, etc.

Conviene hacer notar que una deficiencia sensorial viene generalmente compensada por el desarrollo extraordinario de otro sentido.

A menudo los atrasados tienen alucinaciones sensoriales.

En resumen, es muy difícil establecer una clasificación de los niños atrasados fundada en sus anomalías sensoriales, porque las perversiones de los sentidos se encuentran también en los individuos completamente normales. Las anomalías sensoriales, a menos de ser completas (ciegos y sordomudos), no son más que el complemento del atraso somático e intelectual.

El **diagnóstico de atraso infantil** no es muy difícil. La evolución del retardo es más delicada, pero más difícil es aún el

diagnósicto de la causa. El atraso ¿es de origen cerebral o endocrino?

Si es de origen cerebral, las lesiones ¿son extensas? ¿Cabe esperar suplencias?

Es, pues, necesario rodearse de datos precisos sobre la evolución del sujeto.

¿Nació a término? ¿Era normal al nacer? ¿Ha presentado síntomas de meningismo? Fecha de la dentición. ¿Cuándo empezó a hablar y a andar? Tratándose de una individuo de más edad, preguntaremos cuándo apareció la pubertad, a consecuencia de qué incidente se observó una detención en el desarrolo corporal o intelectual.

A menudo faltan datos, y el médico queda reducido a meras suposiciones. Los padres, cuyo amor es ciego, no se han dado cuena del estado de su hijo, o no recuerdan la fecha de la aparición de los trastornos.

Podremos fundarnos en el estado del pulso, de la presión arterial, en el examen de la orina, en la radiografía de los huesos, etc.; pero no todo da certidumbre.

Unicamente el tratamiento *opoterático y medicamentoso combinado,* verdadera piedra de toque, nos guiará por los resultados que nos proporcione. Falla en los casos de lesión cerebral pura, es decir, en los casos de atraso atrófico; pero en cambio produce modificaciones notables en las formas mixtas o distróficas.

El **tratamiento de los atrasados distróficos** descansa en lo que nos indica el examen.

Son individuos *intoxicados* que, *retencionistas o desmineralizados,* tienen *anemia, hiperleucocitosis* y una *hipotensión arterial* habitual. Estas particularidades son la regla, cualquiera que sea la dominante del atraso (somático o psíquico).

Estados diferentes *a priori* dependen, pues, de las mismas causas. Por esta razón el tratamiento que recomendamos da resultados en casos muy variados por sus manifestaciones.

No hablaremos del *tratamiento profiláctico,* pues se desprende de las causas de atraso que hemos indicado; pero insistiremos en la importancia de la vulgarización de la puericultura en la primera edad.

El **tratamiento efectivo** debe ir precedido de la ablación de las vegetaciones adenoides qeu constituyen una dificultad para la respiración y para las hematosis, y qeu además, por ser órganos linfoides, entretienen la hiperleucocitosis. Procederemos también al examen de los ojos, y exigiremos llevar lentes a todo individuo que presente la menor anomalía de refracción, que, no corregida, entretiene el atraso.

La alimentación será sana y suficiente: se tratará el estreñimiento. El *sueño* y el reposo en cama serán de muchas horas.

La **cura** comprende la *remineralización* que se obtendrá con los glicerofosfatos de cal, sosa, potasa, magnesia, hierro, que se fijarán y transformarán en el organismo por medio de la opoterapia endocrina.

Dos modos de acción debemos esperar de la opoterapia endocrina:

1. Una acción general, producida por el cuerpo tiroides.

2. Una acción especial, producida por cada una de las endocrinas en particular.

La acción general del cuerpo tiroides es innegable, porque esta glándula, ver-

dadero sol del organismo, posee una acción excitomotriz sobre toda la economía, activando todas las secreciones externas e internas dormidas.

Pero, si hay hipofunción total o casi total de otra endocrina además del tiroides (hipófisis, suprarrenal, glándulas genitales, cosa habitual en los niños atrasados), la opoterapia tiróidea es importante para excitar al secreción de un órgano casi destruído o ausenet. Para obtener un resultado debemos dirigirnos a otros extractos endocrinos extraídos de animales (carnero, cerdo, toro), cuya administración reclama una técnica especial.

Los extractos endocrinos deben ser administrados a pequeñas dosis (de 0'02 a 0'05 gramos al día para todos los extractos, excepto el genital, que se administra a la dosis de 0 gr. 10).

Deben ser *asociados* o *alternados con frecuencia.*

El mejor modo de administración es la *vía intramuscular* (extractos glicerinados preparados en frío por maceración y expresión). La vía gástrica solamente se empleará cuando no quede otro recurso.

Solamente deben emplearse los *extractos totales,* y no los preparados, que no contienen más que los principios activos.

El tratamiento dura ordinariamente algunos meses, y aun años. Se instituirá por series de veinte a treinta días, con intervalos de quince a veinte.

Con las dosis que indicamos no son de temer los accidentes. Se auscultará frecuentemente el corazón. Las inyecciones serán casi indoloras, y no deben producir abscesos si se han practicado profundamente y si el extracto ha sido preparado en un laboratorio serio.

El tratamiento opoterápico endocrino se completará con la opoterapia *hepática* y *esplénica* en las formas graves de desnutrición, con la opoterapia medular (*médula ósea fresca* de buey, que se extiende sobre un trozo de pan), con la absorción de extractos de hígados de bacalao, baños salados, baños de *warech,* fricciones alcohólicas. También prescribiremos el masaje general y la gimnasia, porque su acción estimulante y sedante es un gran coadyuvante del tratamiento.

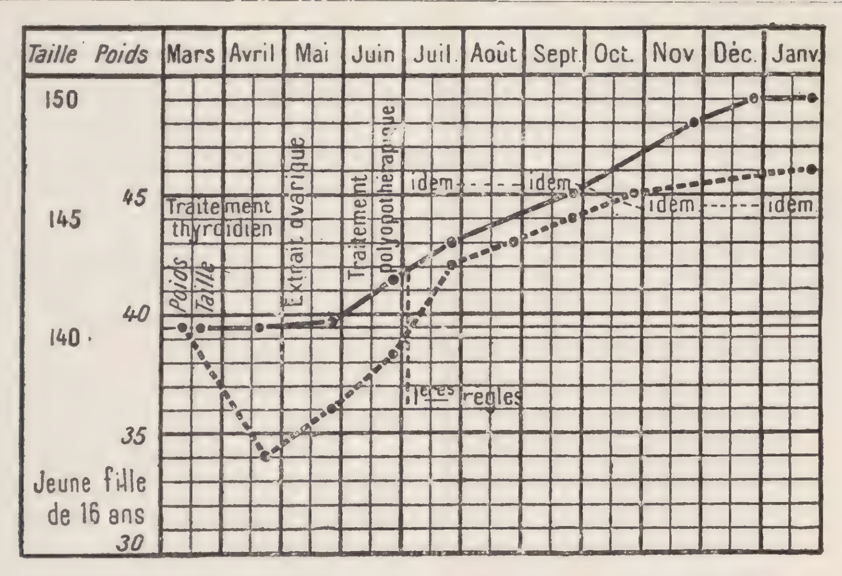
De paso diremos que, cualquiera que sea el grado de agitación e inestabilidad, desaconsejamos el bromuro en cualquier forma; porque, si bien es verdad que calma momentáneamente, disminuye, en cambio, por mucho tiempo, las facultades cerebrales.

¿Cómo explicar la *acción de la opoterapia endocrina asociada?* Su acción es evidentemente substitutiva, obrando dicha medicación por suplencia o por antagonismo.

Los trastornos fisiopatológicos que precedentemente hemos enumerado dependen de anomalías de funcionalismo del simpático (este gran regulador del organismo), para el que las endocrinas no son más que los lazos de unión excitomotores. De aquí que los extractos de las glándulas internas obren especialmente por su mediación.

¿No sabemos que la hipófisis y la suprarrenal son hipertensivas, y que en cambio las glándulas genitales y el tiroides son hipotensivos, es decir, antagonistas de las precedentes?

Por otra parte, estas glándulas internas poseen una acción innegable sobre la asimilación, regulando una el metabolismo de los hidratos de carbono (hipófisis),



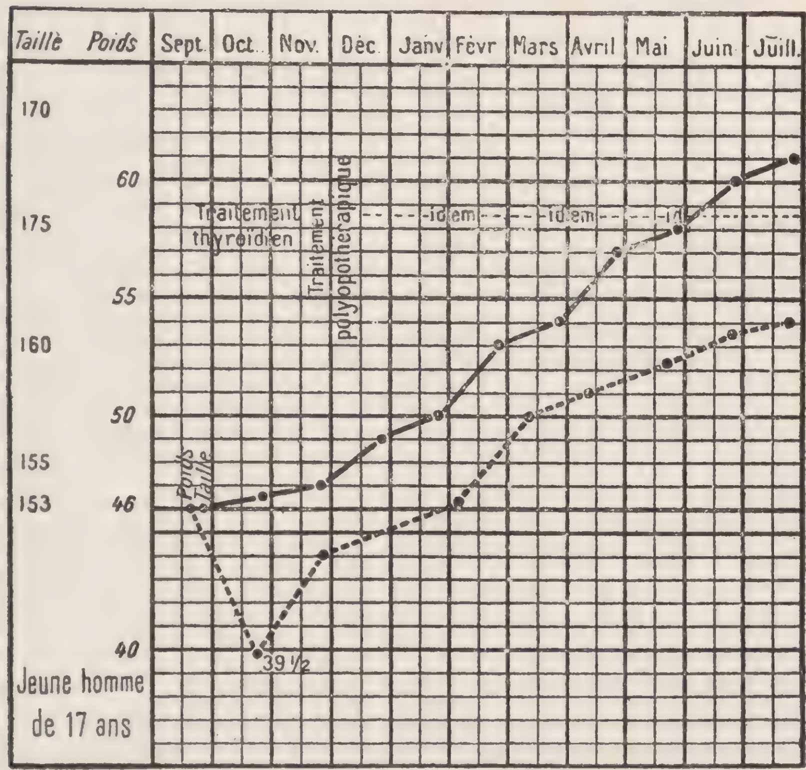


Fig. 4 y 5. — Estos dos gráficos, tomados de uno de nuestros artículos publicados en la *Revue de Médecine* (abril 1912), demuestran que, en los casos en que la opoterapia tiróidea no ha dado resultados, la opoterapia endocrina asociada ha producido un efecto muy marcado en la evolución corporal de estos individuos

otra el de las materias azoadas (tiroides), otra el de las sales minerales (cal [suprarrenal], cloruros y fosfatos [glándulas gentales]).

Además parece tienen una acción en el momento de la formación del sexo, y consiguientemente completarán sus caracteres (suprarrenales en los machos e hipófisis en las hembras).

Finalmente, cada glándula tendría su parte en las distrofias de los sistemas, y es caso de preguntarse si cada una de las glándulas, o, hablando con más propiedad, cada una de las dos partes que sabemos constituyen cada glándula, tiene una acción sobre la evolución de las hojillas primitivas del blastodermo, y si el ectodermo, el mesodermo y el endodermo están activados especialmente, o por lo menos influídos, por tal o cual glándula cuyas excreciones parecen constituir la energía vital.

Los **resultados** obtenidos con la opoterapia endocrina son muy halagüeños, habiendo, en ocasiones, dado más de lo que se esperaba.

Los grandes factores del éxito son la poca edad del paciente, la paciencia del médico y la constancia de los padres.

Entre 150 casos que hemos estudiado y cuyo curso hemos seguido, nunca hemos observado ningún fracaso. Siempre se han observado modificaciones más o menos apreciables, excepto en los casos de excesiva edad del paciente. En estos momentos solamente nos referimos al estado mental, porque la opoterapia puede producir modificaciones en el estado somático, aun en edad avanzada, como por ejemplo en la nubilidad.

Por dos veces el Profesor Edmundo Perrier ha comunicado nuestros resultados a la Academia de Ciencias (enero y abril de 1912). Entre as observaciones a que hacía alusión había casos tratados desde mucho tiempo con el cuerpo tiroides, sin resultado alguno.

Después de la administración de la opoterapia endocrina asociada, se observa:

1.° Aumento de estatura sin enflaquecimiento notable.

2.° Aumento evidente de la presión arterial (4° a 5° en pocas semanas) y del calor animal; disminución de los latidos cardíacos.

3.° Modificación rápida de la eliminación urinaria, lo cual indica que el individu se desintoxica y que el metabolismo tiende a hacerse normal.

4.° Atenuación y curación de anomalías de orden simpático o reflejo: acroasfixia, trastornos visuales, ptosis viscerales, incontinencia nocturna de orina, etc.

5.° Metamorfosis física del individuo, afectando cada aparato en especial, y principalmente el genital (aparición de la pubertad).

6.° Metamorfosis intelectual por desarrolo de la ideación, del raciocinio, de la coordinación de las ideas; la astenia y la excitación cerebrales se modifican; la atención y la actividad intelectuales aumentan. A menudo estos individuos hacen rápidos progresos en la escuela, y pueden llegar a ocupar un lugar distinguido en la sociedad, tener un oficio, y a menudo resultan excelentes obreros.

Es evidente que los *escolares atrasados intelectualmente* deben recibir una *enseñanza especial* en **escuelas autónomas** con internado.

En estas escuelas el médico debería des-

empeñar el principal papel, porque de ordinario estos individuos son *enfermos corporales* a los que debe cuidarse primeramente y educar luego.

No trataremos aquí de la *pedagogía aplicada a los atrasados.* Son necesarios métodos especiales que no encajan aquí y que han sido ya estudiados por autores más autoriazdos que nosotros; pero no podemos terminar sin afirmar que, para obtener el máximum de resultados posibles, el pedagogo debe ser el colaborador y el amigo del médico.

Finalmente, si deseamos hacer una obra más completa y al mismo tiempo más provechosa, no hay que esperar a que el atrasado esté en edad de ser educado para que nos ocupemos de él.

Los atrasados calificados de *escolares*, o de *pedagógicos*, no representan más que una parte de los anormales: de aquí que desde la más tierna infancia, desde que se ha hecho el diagnósicto de atraso, debamos tratar como conviene cada individuo cuya evolución parece perturbada o pervertida.

Todo niño cuya marcha, dentición, habla, costumbres de limpieza, están retardadas, es un *sospechoso* que debemos tener en observación.

Si esta observación es posible en las familias acomodadas, no ocurre lo propio en las clases pobres.

Conforme hemos dicho en el Congreso Eugénico de Londres y en el Congreso de la Asociación Francesa para el Adelanto de las Ciencias, de Nimes, es urgente crear, para los atrasados, institutos análogos a los que existen ya para los anormales sensoriales, como son los ciegos y los sordomudos.

Estos institutos de puericultura deberían agrupar a los atrasados de *todas las edades* y comprender: 1.° una casa cuna; 2.°, un asilo de guardia; 3.°, una escuela autónoma.

De esta manera podrían traartse y estudiarse casos muy variados. Se sacaría de los asilos de alienados a individuos que no son aún locos, y fácilmente lograríamos mejorar, si no curar, a numerosos niños anormales, de los cuales existen en Francia por lo menos 140.000.

(De *Le Monde Médical.*)

LA TRASPLANTACION DE PIEL CUBIERTA DE PELOS.

Perinoff dice que Lauenstein intentó sin éxito trasplantar piel cubierta de pelos de un hombre a otro. Entonces probó en perros con éxito vario. En Abril 6 de 1912, Perinoff removió una cicatriz estrellada. fea, completamente desprovista de pelos, de 10 centímetros de largo por 5 de ancho, de la región temporo-parietal del cuero cabelludo, que se extendía hasta el hueso. El paciente había pedido la operación, trayendo con él un hombre que, por una suma convenida, estaba dispuesto a sacrificar una porción de su cuero cabelludo para trasplantarlo en el paciente. La curación se hizo de primera intención y el paciente dejó el hospital a los diez días. Volvión 10 días después cuando el ingerto estaba desarrollándose rápidamente. El pelo no se había caído y su crecimiento no dejaba nada que desear. El paciente, un oficial, prometió informar si el pelo se caía, pero

hasta el presente no lo ha hecho. Perimoff cree que el fracaso de Lauenstein fué debido al hecho de que el último usaba iodobencina en la desinfección de la piel y ésta estaba muy traumatizada. Igual experiencia en perros puede fallar a causa de la deficultad de mantener estos animales en quietud, después de la trasplantación.

(Del *Zentralbl f. Chir.*

SOLUCIONES ACUOSAS DE IODO EN EL TRATAMIENTO DE LA GONORREA EN LA MUJER

Por el *Dr. H. T. Hartz.*

Entre las condiciones ginecológicas de poca importancia tratadas por el médico dedicado a la práctica general, pocas presentan dificultades mayores que las infecciones gonorréicas de los conductos genitales inferiores, incluyendo la vulva, la uretra, la vagina y el cervix uterino. Estas infecciones en las mujeres revisten mayor importancia que las mismas condiciones en los hombres, a causa de la mayor extensión de las membranas mucosas existentes en las primeras.

El ataque insidioso de la infección gonocócica en la mujer, el curso clínico, oscuro frecuentemente, y las cuestiones sociológicas asociadas a él, dan poco valor a la historia del caso para llegar a su diagnóstico. Estamos obligados, por tanto, a depender casi enteramente para el diagnóstico de los resultados físicos y microscópicos. Esto es cierto, particularmente en los tipos crónicos y subagudos de la enfermedad. Las estructuras glandulares son los sitios predilectos para la invasión gonocócica. Los tubos de las glándulas infectas aparecen en la superficie como orificios inflados, elevados y rojizos. La infección en estos sitios tiene una tendencia a hacerse crónica demostrando ser a menudo, una vía prolífica para la transmisión periódica de la enfermedad al varón.

Los casos que informan las bases de este estudio han sido estudiados en el Dispensario Ginecológico del Hospital del Colegio Médico de Jefferson. Esta serie solamente incluye casos en los que se hallaba el gonococo en las descargas. Se hicieron exámenes con secreciones de la uretra, del cuello, de la vagina y de las glándulas de Bartolino. Todos los casos eran prácticamente del tipo subagudo o crónico. Se hicieron repetidos exámenes de las descargas, y en varios casos el gonococo sólo era demostrable durante el período de la menstruación o inmediatamente después de la extinción del mestruo. Por lo común, el sitio de asilo más frecuente del gonococo era el útero cervical, sucediéndole en orden de frecuencia, la uretra, y de menos frecuencia aún, las glándulas vulvo-vaginales. Se hicieron los ensayos con productos cervicales, primero sacando el moco del cuello externo por entre un espéculo bivalvo, y procurando algunas de las secreciones de entre el canal cervical por medio de una tienta con la punta envuelta en algodón. A veces se encontraba una gota de pus en el meato urinario externo, después de esprimir la uretra; y cuando esto era infructuoso, se recogían productos intrautetrales. Comprimiendo las glándulas vulvo-vaginales a veces aparecía una gotita de pus en el orificio del tubo.

Se usó el azul de metileno de Loeffler para el teñido rutinario; y en donde el diplococo no era característico, se empleó el

método de Gram. El gonococo se puede distinguir con bastante exactitud por las condiciones siguientes:

(a) La disposición característica diplocócica del organismo.

(b) La decoloración del coco por el método de teñido de Gram.

(c) La casi invariable ausencia de otra bacteria. A veces no es fácil de ningún modo el hacer un diagnóstico. Bumm ha dicho que cinco diferentes diplococos muy parecidos al gonococo han sido aislados en las secreciones vaginales o cervicales en casos sospechosos. Cuatro de éstos son negativos de Gram, el quinto, positivo de Gram; la diferencia principal está en sus propiedades culturales; más aún, según lo observado por Wertheim, la figura característica y las propiedades de teñirse se aplican generalmente a organismos jóvenes y vigorosos. Los cocos más viejos tienden a hacerse más esféricos y tiñen menos prontamente.

Se examinaron 222 muestras en total. De estas, 83 eran del cuello; 44 de los cuales se hallaron ser positivas, y 29 negativas. Diez no fueron concluyentes, y requerían una segunda prueba. De las 64 muestras de la uretra, 37 eran positivas, 21 negativas y 7 no concluyentes. De las 53 muestras de la vagina, sólo había 17 positivas, 28 negativas y 8 no concluyentes. Se hicieron 16 muestras de las secreciones de las glándulas de Bartolino; de éstas 13 eran positivas y 3 negativas. De 6 muestras tomadas de la vulva, 4 eran positivas, y 2 negativas. La presencia de otros organismos en el pus sacado de la vagina, a menudo echa a perder la figura característica del gonococo, y esta es la razón por qué las muestras de la vagina no eran tan satisfactorias para el examen del microscopio. Según hemos dicho, se halla el gonccoco muy rara vez presente con otras bacterias. En la vagina esto podría sugerir que éstas tienen una acción perniciosa en el gonoccoo. De este hecho algunos clínicos han sacado ventajas, y se han introducido culturas del bacilo láctico-ácido en estos casos, en lugar de los bacilos ácidos de formación de Doderlein, en ausencia de los cuales el gonococo halla un alojamiento fácil. En una descarga irritante y persistente de la vagina, en donde el gonococo no se demuestra por el microscopio, se debe echar mano al recurso de las culturas.

Habiéndose comprobado el lugar de la infección y habiendo establecido un diagnóstico por hechos clínicos racionales y de laboratorio se instituyeron las medidas terapéuticas con el objeto de combatir el foco de la infección, y de evitar su propagación. El tratamiento de la gonorrea ha cambiado muy poco en los últimos años, y está todavía basado en principios de absoluta limpieza, en el uso de drogas de acción diurética, sedativa y bactericida, en beber agua a discreción y en una dieta que no estimule. En más reciente fecha se ha introducido el iodo como un antiséptico ideal y se ha empleado extensivamente en la Cirujía para la preparación del campo operatorio y en el tratamiento de heridas infectadas. También se ha encontrado ser de valor en las infecciones de los órganos internos de la generación.

Yo fuí inducido a su uso en el tratamiento de la gonorrea en las mujeres, por las cualidades peculiares que tiene sobre los demás antisépticos:

(a) La acción del iodo es penetrante, y cuando recordamos que el gonococo encuentra alojamiento en las estructuras subepiteliales y en las glándulas interiores y

profundas; sus ventajas para combatir este organismo, son bastante evidentes. Como bien se sabe, otros antisépticos actúan solamente en la superficie del epitelio.

(b) Es un estimulante y contra-irritante, y causa exfoliación del epitelio de la mucosa, en soluciones más fuertes; lo que más tarde facilita su acción bactericida en las estructuras más profundas.

(c) Es un alterante por cuanto causa cambios en la nutrición del area envuelta, favorece la absorción de exudados y tiende a restaurar las funciones alteradas en las glándulas enfermas.

(d) Se usó la solución acuosa de iodo en vez de la tintura, porque el alcohol, aún en soluciones diluídas, dá lugar a quemaduras y produce fuerte dolor cuando se aplica a una superficie inflamada, y tiene una acción menos disolvente del moco tenaz. El licor de iodo compuesto U. S. P., la solución Lugol, fué la preparación usada.

En los casos agudos y subagudos en los que se halla la vaginitis y las vulvitis, se prescribe a la enferma una cucharada de la solución por dos cuartillos de agua tibia en ducha dos veces al día. En los casos crónicos e inflamatorios benignos, se fué elevando la fuerza de la solución desde dos cucharadas, hasta que la paciente sentía como una quemadura o sensación dolorosa, lo que indicaba el límite del aumento.

El sitio en donde con más frecuencia se aloja el gonococo es el cuello uterino, y a causa de la penetración profunda de este organismo en las glándulas cervicales, se vió que era imposible extraerlo de allí. Se ordenó a la paciente ir al dispensario para su tratamiento dos veces a la semana. Se expuso la cervix por entre las válvulas del espéculo, siendo quitado el moco tenaz que estaba adherido al cuello externo, y por medio de una tienta envuelta en algodón la punta, la solución Lugol, en toda su fuerza se introdujo en el canal cervical hasta el cuello interno. Se inundó con la solución saturada de cristales de iodo en fenol, para hacer aplicaciones al canal cervical en los casos más obstinados, y se encontró ser éste un medio eficaz para hacer desaparecer la infección.

En la envoltura de las glándulas de Bartolino, en donde los conductos estaban abiertos con orificios rojos y salientes, una o dos aplicaciones de la solución fenol-iodada destruyeron la mucosa enferma, con cicatrización subsecuentes del conducto. Unas pocas aplicaciones de la solución de Lugol a los orificios dilatados de los saquitos suburetrales, que se hallan en el vestíbulo, efectuaron en muchas ocasiones, una curación. Las glándulas de Skene eran el foco de una inflamación crónica en uno de los casos; los orificios se descubrían por medio de un espéculo de alambre, de uretra, y se cauterizaban con la preparación fenol-iodada.

En varios casos la uretra estaba más gruesa e infiltrada, con saquitos a lo largo del curso del canal. La dilatación de la uretra por medio de los aisladores de Hegar con suave masaje de los saquitos sobre el dilatador y con la instalación de la solución siguiente, dentro de la uretra:

Cristales de iodo, gr. v.

Albolina, gr. i.

favoreció grandemente la restauración de las partes a el estado normal. Se retuvo la solución en el canal de 3 a 5 minutos. Es también de mucho valor en estos casos embadurnar el dilatador con el ungüento de Finger:

Cristales de iodo, gr. vi.
Ioduro de potásico, gr. xxx.
Aceite de almendras, oz. i.
Lanolina, oz. ii.

Bajo el tratamiento arriba indicado, la descarga copiosa, amarilla, desapareció y fué reemplazada por una secreción acuosa, blancuzca y fina en la cual no se encontraban gonococos. Se usó una solución de sulfato de zinc y alumbre en una cucharada de iodo por una o dos partes de agua, como ducha dos veces diarias, lo que ayudó mucho para aminorar la descarga última.

De los veinticinco casos que comprenden una serie de observaciones, 18 se curaron, después de cuatro a diez semanas de tratamiento. La palabra "curaron" se usa aquí para denotar la desaparición del gonococo de las secreciones, la mejora de los síntomas y la cesación de las descargas. Dos de los siete casos restantes mejoraron marcadamente; pero aún se hallaron unos pocos gonococos en las descargas de la cervix, lo cual era probablemente debido a reinfección por el marido, quien había tenido también la gonorrea; o posiblemente procedían de los tubos de Fallopio cuyos orificios uterinos abiertos, descargaban contenidos dentro de la cavidad uterina y desde allí por la cervix; o de las glándulas cervicales profundas, fuera del alcance de medicamentos locales. De los dos casos que se quejaban de síntomas intra-pelvianos, anteriores al tratamiento, ambos fueron operados subsecuentemente por salpingo-orofitis, aunque la condición local del trecho genital inferior se había limpiado. Los otros tres casos que mostraron mejoría estuvieron bajo tratamiento por cinco semanas; pero se perdieron de vista, y se tuvo que cesar en el tratamiento. En una paciente se desarrollaron síntomas que demostraron estar envueltos los órganos intra-pelvianos poco después pero con un tratamiento de espera y descanso en la cama, su estado mejoró pronto. De los 18 casos que feuron curados, 3 tenían abcesos de las glándulas de Bartolino que requerían operación y drenage.

El resultado en esta serie de casos aparece justificar las siguientes conclusiones:

1. En las infecciones por el gonococo de los trechos genitales inferiores, el iodo es un agente de valor en el tratamiento. Este ofrece una mejoría más rápida, completa y permanente del enfermo, que otros métodos usados comúnmente.

2. El gonococo desaparece temprano de las secreciones.

3. La extensión intra-pelviana es menos frecuente.

4. El uso del cauterio y de cáusticos fuertes se evita; por tanto, resultan menos escaras.

5. La condición constitucional de la paciente mejora como resulado de la temprana paralización de la descarga profusa.

6. La mejoría rápida y la falta de dolor por parte de la paciente, la animan a proseguir con el tratamiento.

7. El curso entero del tratamiento es de corta duración comparativamente, y de pequeña molestia para la paciente y para el médico, y se presta a ser empleado fácilmente, tanto en el dispensario como en la práctica privada.

Del *American Journal of Obstetrics.*

REVISTA DE INFECCIONES.

Por el *Dr. Rodríguez Méndez.*

El microbio de la rabia.—Tiene el descubrimiento de este microbio la importancia bastante para dedicarle artículo especial, en que queden consignados los hechos más salientes de lo pasado, de lo presente y de lo porvenir. De todos modos no pasadá de los límites de una serie de datos concisos, puestos en orden.

(a) *Precedentes.* Hacía siglos se conocía por observación el hecho de transmisibilidad de la rabia de ciertos animales al hombre. Los experimentos de Galtier, de 1879, probaron la naturaleza infecciosa; pero a Pasteur se debe la exactitud en la reproducción por inoculación, el descubrimiento de las leyes de reproducción, y, sobre todo, la terapéutica antirrábica, anunciada ante la Academia de Ciencias de París, el 25 de Febrero de 1884, y aceptada universalmente desde 1885. La colosal obra del gran panspermita tenía un punto flaco: el desconocimiento del germen infectante.

En su busca intervinieron numerosos investigadores con poca fortuna. Citando algunos, no todos porque la lista es muy larga, anoto los nombres de Bouchard, que encuentra unos corpúsculos no bien precisados; Girier, de unos micrococos, vagos también, que no fueron comprobados; Fol, de unas granulaciones indecisas y no demostradas; Babés, de unos protozoarios, que no determina, Brushettini, de bacilos mal definidos; Federico Levy, de sacaromices, no comprobados; Sormani, de cocobacilos, que tampoco gozaron del favor de otros investigadores...

Negri encontró corpúsculos inclusos en las células nerviosas ganglionares, hace unos diez años. Este hecho, demostrado por otros experimentadores, ha sido distintamente valorado, pues mientras Abba, Bormans, Kraiouchkine y otros, opinan que basta su presencia en las células nerviosas para el diagnóstico de la rabia y hasta llega Babés, y después algunos más, a descubrir su pleomorfismo en animales infectos de rabia, diciendo que estas inclusiones estaban constituídas por cápsulas granulosas o pleomórficas muy pequeña, algunos autores rebajaban su importancia y los reputaban como un elemento, no el más importante. Han sido estos corpúsculos motivo de numerosos trabajos, especialmente en Italia, no siempre concordantes. Sea como quiera, si como elemento de diagnóstico parecen ser de valía, por más que se les haya visto en otros padecimientos que no son la rabia, como factor etiológico no son de gran valor, pues ni producen la infección cuando se les inocula ni obran como cuerpos inmunizantes.

Se sabía que se trataba en el virus rábico de un virus filtrable, como probó Remlinger, y en pos de él Bertarelli, Volpino, Poor, Steinhard y otros, no pocos. Pero con este carácter había y hay otros virus, cuyo conocimiento es de gran interés científico. Por eso Loeffler, en el último Congreso Internacional de Londres, propuso la creación de Institutos especiales para el estudio de estos "invisibles virus".

(b) *Hideyo Noguchi.* Nació, hace unos treinta y seis años, en una pequeña ciudad del Japón, Wakamatsu, al Norte del Imperio, y el destino le hizo brotar en una familia de esforzados guerreror. Tal vez a esto debió su afición a jugar con pólvora, según dice uno de sus biógrafos,

Yamanouchi, pólvora que, en uno de sus entrenamientos, al estallar le mutiló una mano, de la que perdió tres dedos. Inútil para el servicio militar, cambió de rumbo, con gran provecho de la ciencia y de la humanidad, y se dedicó al estudio de la medicina, en la que había de ser una personalidad de gran relieve.

Terminada la carrera a los 25 años, no se avenía a su temple el penoso trabajo del médico de visita, y al lado de Kitasato, el colaborador valioso de Koch, y luego de Hatta, se dedicó de preferencia a los estudios bacteriológicos, teniendo ambos por él singular predilección.

Por su valía científica fué llamado al Instituto Rockefeller, de Nueva York, ancho campo en que pudo dedicarse de lleno a sus aficiones científicas.

Noguchi, como otros muchos hijos del oriental imperio, es un hombre pequeño, de pocas carnes, desmirriado, de cara y mirada ineltigentes, enérgico y trabajador infatigable.. Pertenece a esa raza de hombres amarillos, que salen bien ilustrados de su país, llegan a los centros científicos de Europa o de América y no tardan, por mérito propio, en colocarse a la vanguardia de los investigadores más conspícuos.

Entre otros hechos, de su corta y aprovechada vida científica, ha conseguido cultivar el parásito de la sífilis, ha perfeccionado la reacción de Wassermann, ha descubierto el microbio productor de la poliomelitis infantil y ha estudiado con gran provecho el tracoma.

Bastarían estos hechos para darle justo renombre. Su nuevo descubrimiento, el parásito de la rabia, que ha dado a conocer a la par en América y en Francia, ha hecho del diminuto Noguchi, un pequeño gigante científico.

(c) *Instituto Rockefeller.* Es uno de esos muchos centros científicos que honran a los Estados Unidos Norteamericanos, capaces de atenuar en gran manera graves defectos. Rockefeller es un archimillonario que, por lo que sea, que no hemos de meternos en el terreno de las intenciones, ha costeado la organización del Instituto que lleva su nombre; le pareció que el mundo de los negocios no es el único mundo, y pensó en dedicar parte de su fortuna a las investigaciones científicas. La cosecha mercantil fué abundosa; no fué menos rica la científica.

Como dice un periódico, en ese Instituto se suceden los descubrimientos sensacionales. Al suero antimeningocócico de Flexner, han sucedido otros hallazgos. Ahí están los sorprendentes experimentos de Carrel, un francés, con sus cultivos, fuera del organismo, de células y tejidos, la conservación en vivo de órganos y aparatos con independencia de la circulación y del sistema nervioso, que, aparte de otras consecuencias cuyo alcance todavía no es dado conocer, van en camino de revolucionar la cirujía y que ya han empezado a aplicarse en la operatoria quirúrgica humana; allí ha encontrado Noguchi, un japonés, el microbio de la rabia.

A nadie se le pregunta de qué país es; sólo se exige que trabaje, y parece que en ese rico y hermoso templo de la ciencia, la mente humana adquiere colosales proporciones y llega a donde no hubiera llegado ninguno de ellos en su país. ¡Que sirva esto de lección a los que ponen fronertas en cualquer sitio para morir ahogados en los inconcebibles límites que penosamente construyeron! ¡La ciencia no tiene ni murallas ni patria! El profesor Yamanouchi, hablando de Noguchi, dice:

"Parece que los países de Europa y de América dan la fortuna a nuestros investigadores. Se hacen célebres en cuanto trabajan en los laboratorios europeos o los norteamericanos. En cuanto vuelven al Japón, disminuye su producción científica, que cesa al poco tiempo."

(ch) *Microbio.* Uso esta palabra en su acepción más alta: ser vivo pequeño, pequeñísimo, ant pequeño que el agente productor de la rabia ha escapado a millares de investigadores y atravieso los filtros. Lo describiré por etapas:

El por qué del descubrimiento. No ha sido, como otros veces, obra de la casualidad. Noguchi ha creído que el mejor terreno para cultivos son el tejido o el órgano en que el germen patógeno vive bien, se multiplica y hace enfermar. Gracias a este criterio, tan racional, pudo cultivar el treponema sifilítico y hallarlo en el cerebro de los paralíticos generales, en la médica de los tabétidos, etc.

Más de una vez he dicho a mis alumnos que casi todas las prácticas de investigación bacteriológica, en especial las de cultivos, son en demasía *artificiales,* que el microbio no encuentra jamás en vida natural ol que el hombre el proporciona como suculento y espléndido festín y que tal vez por este camino, cada vez más complicado y más distante de lo que ocurre en la naturaleza, se va construyendo un edificio científico que se parece a las bacterias como las viviendas humanas a las canteras, bosques y minas de donde salen los materiales de construcción. ¿Vamos bien encamiandos? La plasmogenia, además..., no sigo.

Noguchi se valió para el descubrimiento del microbio de la rabia del medio natural en que evoluciona dentro del organismo, del tejido nervioso, y así updo cultivarlo, sembrarlo en serie, inocularlo puro, en una palabra, cuanto es posible hacer para convencerse de la verdad de un descubrimiento de tanta importancia. De él ha dicho Metchnikoff: "Es un descubrimiento importantísimo el que acaba de hacer Noguchi. Su nota es un poco breve y oscura en ciertos puntos; pero a personalidad de Noguchi, que es un sabio de los más serios, y la autoridad de sus colegas del Instituto Rockefeller, dan al descubrimiento las garantías necesarias."

Cultivos. Rompiendo esa rutina de los laboratorios, Noguchi no proporcionó al microbio de la rabia alimentos *cocidos,* que no eran los suyos, sino alimentos *crudos,* en los que puede vivir bien y ser encontrado. Estos alimentos no eran más que fragmentos de sustancia nerviosa recogida asépticamente de varias procedencias (conejos, conejitos de Indias, perros), colocados en el fondo de un tubo, sobre los cuales se vierte agar, cubriendo el medio con parafina o cualquier otro agente que asegure un medio anaerobio. El tubo es colocado en la estufa a 37°, la temperatudel sistema nervioso en vida.

Es decir, que Noguchi, creyendo se trataba de un protozoario, siguió el mismo procedimiento de que se valiera para cultivar el parásito de la sífilis y el de la fiebre recurrente. El ensayo fué afortunado.

Evolución de la siembra y caracteres del microbio. Para sus estudios se ha valido Noguchi del virus de la *calle,* del de *paso* y del *fijo,* inoculados en conejos, conejitos de Indias y perros, de los que ha tomado pedacitos de cerebro o de médula para las siembras. De este modo ha logrado hacer ms de cincuenta series de cultivos, series

que parecen demostrar que ha quedado bien estudiado el ciclo biológico.

Aparecen en los cultivos corpúsculos granulares muy pequeños (en el límite de la divisibilidad microscópica) y corpúsculos pleomórficos cromatoides un poco mayores, sea cualquiera el virus empleado; transplantados, reaparecen por modo indefinido en generaciones sucesivas y numerosas.

Ha visto, además, con los virus de paso y fijo, en cuatro ocasiones, corpúsculos con un núcleo central, esféricos u ovoídeos, con membrana distinta refringente, que no son los primeros mencionados, antes bien aparecían en el mismo cultivo que éstos en gran cantidad y con gran rapidez, duraban cuatro o cinco días y luego menguaban, mientras que los granulares aumentaban entonces; los nucleados se reproducen activamente por excisión o por germinación, y los individuos resultantes pueden constituir una masa envuelta en una cápsula; su diámetro oscila entre 1 y 12 . Repito que al ir desapareciendo los corpúsculos nucleados aparecían muchísimos de los granulares y otros pequeñísimos, redondos y libres.

Todas estas formas, transportadas a diversos terrenos, los usados de ordinario en bacteriología, daban resultados negativos, quedando la siembra estéril.

En las preparaciones hechas por frote con el cerebro de los animales inoculados, se ha encontrado siempre los corpúsculos granulares y a las veces los nucleados en gran cantidad.

Todas estas formas coinciden generalmente con las granulaciones de Negri.

Es posible que entre estas formas sólo haya diferencias de ciclo, pues inoculándolos aisladamente, reproducen la rabia y en el animal rabioso, matado con la eterización antes de al muerte natural, se les vé también.

Resecto a las toximas Giemsa pone de manifiesto los detalles antes mencionados.

Naturaleza del microbio. Desde luego no parece ser un coco un bacilo. Noguchi y los que han podido examinarlo se inclinan a creer que es un protozco.

(d) *Ventajas del descubrimiento.* Ante todo es un paso muy largo en el terreno especulativo: con él se ha completado esta parte de la ciencia que estaba por conocer. Es también un precioso medio de diagnóstico, apreciable relativamente en poco tiempo, que ha de ser utilizado para saber pronto si un animal está o no rabioso. Se ha de dar con él a la curación un valor más preciso que el de ahora, pues si bien es verdad que, en París, durante 1910 de 501 enfermos inoculados no murió ninguno, durante 1911 de 241 hubo sólo una defunción y durante 1912 de 395, todos se libraron (Metchnikoff), es indudable que en otras partes es la rabia todavía una infección que mata con frecuencia; el tratamiento actual es largo y doloroso y no deja de tener algunos inconvenientes, or leves que sean, todo lo cual podr evitarse con el manejo de cultivos puros. La inmunización tal vez sea posible con tanta seguridad como sencillez y quizás la sueroterapia sea capaz de curar la rabia, pues hoy, apenas iniciada, es tan mortal como en los tiempos de Hipócrates y de Celso. ¿Quién sabe, de confirmarse que es un protozoario, si tendremos con el tiempo un agente quimioterápico, u otro, que haga en la rabia lo que ciertos comuestos arsenicaels hacen en la sífilis, el tifus recurrente y otros padecimientos?. Esperemos. Ya estamos en el buen camino,

si el descubrimiento es confirmado por completo.

(e) *España y Noguchi.* Por una feliz coincidencia pueden unirse estos dos nombres. Nombrado el Dr. Llorente para una delegación científica en los Estados Unidos, en 1912, tuvo ocasión de conocer a Noguchi, de tratarle y de ser invitado al estudio de los trabajos realizados. Llorente quedó convencido de la bondad del descubrimiento, y al regresar a España, pidió y obtuvo para el bacteriólogo japonés la Cruz de Isabel la Católica, ésta y no otra, por ser la más apreciada en el continente americano. Nuestro Gobierno fué el primero en recompensar al notable investigador.

Después continuaron las relaciones entre ambos colegas y obras de ellas son el retrato de Noguchi y las microfotografías que han aparecido en varios periódicos españoles, médicos y políticos (*España médica*, el primero, y *El País*).

En una visita que hice al Laboratorio del Dr. Llorente, tuve ocasión de conocer muchos de los detalles expuestos, verlos y conversar sobre ellos con mi antiguo alumno, siempre cariñoso amigo, a cuyas atenciones estoy muy agradecido.

(De la *Gaceta Médica Catalana*).

MISCELANEA

Las ocurrencias de un médico.

Bajo este título encuentro en el *Journal de Médecine de Bordeaux,* las ocurrencias siguientes de nuestro compañero el malogrado doctor Coriveau de Blaye. Los lectores leerán quizá con agrado estos apuntes; los unos tienen algo de chiste, pero los otros demuestran mucho juicio y notables facultades de observación.

"Antes de tomar la determinación de ser médico, examinad vuestro bolsillo y consultad la fuerza de vuestra voluntad. Si el uno está bien repleto y la otra muy enérgica, entrad entonces en esta carrera. Si sois pobre o de espíritu flojo, sed negociante, industrial, dependiente, soldado, viñador, hortelano; pero médico, jamás.

La Medicina es arte divino, y oficio de necios y de incautos.

No es lo indispensable tomarse interés por sus enfermos, sino simularlo.

El médico que quiera sacar provecho moral de su arte debe preocuparse mucho de sus enfermos y un poco de sus clientes; el que no quiera sacar más que provecho material debe preocuparse mucho de sus clientes y poco de sus enfermos.

Para nuestra fama, es mejor el matar a un enfermo por exceso de confianza en sí mismo, que el estar titubeando para luego curarlo.

Médico que vacila, y lo deja ver, médico perdido.

No os entreguéis nunca del todo; de 100 clientes que os observan, 99 al menos no han de entenderos.

La ignorancia en medicina es muchas veces una seguridad: para el médico, porque le hace prudente; para el enfermo porque le protege contra un exceso de atrevimiento.

Si no os consideráis capaz de ser a la vez médico-cirujano, partero, dentista, sangrador, farmacéutico, herborista y también un poco charlatán; si vuestro talento no

se ha de satisfacer, toda la vida, con las lecciones de la escuela, no os establezcáis nunca en el campo.

Un médico sentimental es una antinomia profesional.

Los enfermos os piden cura y no charla."

La Medicine Practique.

CONFERENCIA.

El domingo 10 de Mayo habló el Dr. José Gómez Brioso en la Biblioteca Insular, acerca de la "Casa del pobre en Puerto Rico", tratando la materia con la competencia que un buen estudio del asunto le ha dado al conferenciante. Aportó datos muy interesantes, tanto locales como extraños, que pusieron de manifiesto la importancia del tema, desde el punto de vista social, y las grandes dificultades que ponen obstáculo a la solución del problema, tanto en nuestro país como fuera de él. Naciones de una antigua civilización bien cimentada, no han podido llegar aún a una conclusión satisfactoria; no es, pues, de extrañar que en Puerto Rico tampoco se haya aún resuelto la cuestión. Desde el punto de vista de la higiene privada y colectiva el asunto de la Casa del pobre merece la atención que se le está dando en la actualidad, tanto por los higienistas, cuanto por la Oficina del Trabajo. De un informe de esta oficina, suscrito por Mr. Bills Jr., tomó el Dr. Gómez Brioso datos reveladores del estudio profundo que viene haciendo la Oficina del Trabajo de este problema.

El Dr. Gómez Brioso recibió merecidos aplausos de la concurrencia.

O B I T O .

Ha fallecido en Ponce el Dr. D. Casimiro García del Valle, graduado de la Universida Central de Madrid, en 1872. Ejerció la profesión con reconocida competencia en varias poblaciones de la Isla; habiéndose trasladado últimamente a la ciudad del Sur. Era un miembro entusiasta de la Asociación Médica de Puerto Rico, y un ciudadano culto y apreciado por cuantos le trataron, pues fué un corazón siempre dispuesto para toda obra humanitaria.

AÑO X JUNIO 1914. NUM. 99

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL PUBLICACION MENSUAL

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL EDITOR.

De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica.

Redacción: Luna 41. Box 1306. San Juan, Puerto Rico.

SUMARIO

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

Presidente: Bailey K. Ashford, M. D., San Juan, P. R.

Vice Presidente: Pedro Malaret, M. D., Ponce, P. R.

Tesorero: Jacinto Avilés, M. D., San Juan, P. R.

Secretario: Jorge del Toro, M. D , San Juan, P. R.

CONCEJO

Pedro Gutiérrez Igaravidez, M. D., San Juan, P. R.

Manuel Quevedo Báez, M. D., San Juan, P. R.

Eliseo Font y Guillot, M. D,, San Juan, P. R,

Editor del Boletin: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R

Auxiliar Editor: Esteban García Cabrera, M. D.,
San Juan, P. R.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO X. JUNIO 1914. NUMERO 99.

MASTITIS CRONICA QUISTICA,

POR EL DR. JORGE DEL TORO.

En el número de Marzo de Surgery, Gynecology and Obstetrics, el Dr. Wm. Carpenter, de la Clínica de los hermanos Mayo, publica un artículo interesantísimo, que viene a llenar un vacío bien sentido por los cirujanos, en cuanto al proceder que debemos seguir en el tratamiento de las enfermedades de la mama en la mujer.

El autor hace notar vivamente las dificultades producidas por la diversa nomenclatura de las condiciones patológicas de las mamas; dice que hay en la literatura, cuando menos, 147 términos distintos, 12 nombres distintos se le da a la condición que Billroth y Koenig describen como "mastitis quística crónica".

En la mayoría de los casos, no sólo ya de afecciones de la mama, sino de cualquier otra región, es el patólogo el que nos traza el camino que hemos de seguir, y ninguna clasificación mejor, para el mutuo entendimiento entre el patólogo y el cirujano, podría encontrar en ningún lado que la expuesta por el Dr. Mac. Carty.

Hasta hoy, (por regla general) el patólogo nunca nos decía, carcinoma, más que cuando la hiperplacia epitelial ha traspasado ya la membrana propia; pero la consideración del carcinoma como una hperplacia epitelial, ha llevado al Dr. Mac. Carty a empezar a mirar 1o. hiperflacia, 2o. carcinoma y 3o. carcinoma, según el estado de multiplicación epitelial, no solamente fuera del acinus, sino dentro del mismo acinus.

Hé aquí la traducción de una parte del artículo citado:

"El acinus mamario, (unidad glandular) está constituído por una hilera de células epitaliales conlumnares o cuboideas que constituyen las células secretorias.

Esta hilera descansa sobre otra hilera de células que son casi invisibles en la mama normal, pero que se significa cuando quiera que existe un proceso inflamatorio crónico. Estas células corresponden al estrato germinativo de la piel, y son las células progenitoras de las células diferenciadas o secretorias. Ellas constituyen las células germinatorias del epitelio glandular. Cuando existe una reacción inflamatoria en la mama, la figura histológica puede

cambiar de acuerdo con la condición de encapsulación o no del proceso.

Cuando se observan las células diferenciadas (hilera interna) y las células no-diferenciadas, (hilera externa), la figura histológica puede denominarse "hiperplacia epitelial primaria".

Cuando desaparecen las células diferenciadas, y solamente se observan las células no-diferenciadas de la hilera externa, la condición puede denominarse "hiperflacia epitelial secundaria".

Cuando la hilera de demarcación entre las células no diferenciadas en estado de hiperflacia y el estroma se encuentra mal definido o ausente, y las células epiteliales aparecen en el es **estroma** peri-acinar, la condición puede denominarse "hiperplacia epitelial terciaria o migratoria".

La hiperplacia epitelial primaria representa la reacción usual en las mastitis crónicas y no se considera como maligna.

La hiperplacia terciaria o migratoria, es la figura histológica del carcinoma.

La hiperplacia secundaria se encuentra descrita como "cistadenoma", enfermedad de Schimmelbusch", "enfermedad de Reclus", hipertrofia parenquimatra senil", "involución abnormal etc. Puede o nó ser maligna; algunos autores la consideran benigna y otros maligna.

Con respecto al tratamiento, el autor hace las siguientes conclusiones:

1o.—Cuando existan las figuras clásicas de carcinoma, debe tratarse el caso radicalmente.

2o.—En los casos dudosos en mujeres de cerca o más de treinta y cinco años de edad, debe extirparse la glándula mamaria entera para ser examinada inmediatamente. Si existe hiperplacia primaria o secundaria; no debe irse más lejos; más si se demuestra la hiperflacia terciaria, debe practicarse la operación radical.

3o.—En casos dudosos, en pacientes de cerca o menos de 35 años de edad, debe renovarse una sección amplia de la suma incluyendo en ella a la lesión histológica para ser examinada. Si existe hiperflacia primaria, no debe hacerse nada más; si es hiperplacia secundaria, debe extirparse el resto de la glándula, y si existe hiperflacia terciaria, debe practicarse la operación radical.

No bien llegó a mis manos el Boletín citado, un caso reciente comprobó la ventaja del análisis.

El caso es el siguiente: Hospital Municipal P. No. 236. Hembra, blanca, casada, de 27 años de edad. Padre y madre vivos; seis hermanos, todos bien. Cuando niña fué sana. Menstruaciones normales. Afecciones usuales de la infancia. Ha tenido 3 hijos, el último hacen 5 meses. Amamantó a todos sus hijos sin ningún inconveniente.

Padecimiento presente. Poco tiempo antes de nacer el último hijo, empezó a sentir una tumoración pequeña, dura y algo dolorosa en la parte inferior externa de la mama izquierda. La tumoración ocupaba la parte media de la mama, entre el pezón y la base. Hace como un mes que el proceso empezó a inflamarse, tomando la mitad externa de la mama una apariencia de abceso en formación. La mama se encontraba

muy aumentada de volúmen, mucho mayor que su compañera. No había retracción ni protución del pezón. La palpación produce muy poco dolor. Mediante el masaje ligero se obtiene alguna cantidad de leche. No se perciben ganglios axilares. Hay fluctuación profunda.

Mediante anestesia local se practicó una incisión en el punto más hiperémico y blando. La pared es resistente, fibrosa. Se encuentra una cavidad de la cual se obtiene una secreción serosa y gomosa cargada de copos irregulares y de color blanco amarilloso. El enquistamiento mayor comunica con otros menores.

Se toma una muestra de uno de los bordes seccionando con ella un pedacito de la piel.

La reacción inflamatoria mejora después de lo anterior, pero el durecimiento sigue.

El análisis hecho por el Dr. Giuliani informa que existe hiperflacia secundaria.

La segunda intervención fué practicada con la idea de hacer la excisión de la glándula solamente, pero al desprender su base, se encontró al pectoral mayor tomado hacia su borde externo, visto lo cual se hizo la excisión completa del músculo, y con él unos pequeños ganglios del grupo axilar anterior. Los ganglios del grupo posterior se encontraron también hipertrofiados, y se extrajeron. No había hipertrofia del grupo axilar o propio ni superior. La vascularización de la mama estaba sumamente aumentada.

La paciente dejó el Hospital a las pocas semanas de haber sido operada. No podemos hablar del resultado ulterior del caso hasta dentro de su debido tiempo.

Solamente me lleva a la publicación de este caso la idea actual de operar siempre que sea posible en el estado precanceroso, y como demostración del valor que para el cirujano tiene la indicación temprana del patólogo.

Una clasificación como la expuesta, y comprobada, que nos da el Dr. Mac. Carty, sería el mejor entendimiento entre el patólogo y el cirujano.

Hace ya tiempo que en nuestro trabajo damos poca importancia a la clasificación exacta y nomenclatura de los libros de textos cuando tratamos de decidir sobre el tratamiento de un caso; hay una cuestión más importante que ésta, y es la presencia de hiperplacia de las células no-diferenciadas. La expansión de estas células en el estroma es indicación segura del carcinoma; pero, ¿estamos seguros de que el cortesito que mandamos de muestra al patólogo ha de demostrar la figura histológica completa de todo el tumor? En el caso presente existía hiperplacia secundaria en la muestra superficial, y terciaria en la profunda.

Los ganglios linfáticos extirpados eran blandos, rojizos, y del tamaño de garbanzos; con el objeto de saber si su hipertrofia era debida al proceso inflamatorio, o a metastasis neoplásica, fueron también enviados al laboratorio con la mama extirpada. El patólogo Dr. Giuliani informó haber encontrado hiperflacia terciaria en el tejido profundo de la mama, y que uno de los ganglios que examinó presentaba solamente un proceso inflamatorio.

UN CASO INTERESANTE BAJO EL PUNTO DE VISTA CLINICO Y ANATOMICO.

POT EL DR. JOSE PELAVAL.

De las Clínicas del Municipal de San Juan.

Me decido a presentar en las ilustradas páginas de este *Boletín* el siguiente caso porque lo considero doblemente curioso, primero bajo el punto de vista clínico, por ser un caso de difícil diagnóstico y cuya probable dolencia (tifoidea) evolucionó en muy corto número de días; y segundo, bajo el punto de vista anatómico, porque como se verá, la posición de todo el intestino grueso era anormal.

"R. R., de 17 años de edad, blanco, soltero, aprendiz de barbero, fué admitido en los Hospitales Mnuicipales el domingo 15 de Marzo de 1914, a las 9 P. M.; aquejaba al enfermo en los momentos de su admisión, un intenso dolor abdominal generazalido; refirió que hacía cuatro días estaba enfermo con ese dolor, cefalalgia fiebre, y aquel mismo día había tenido frecuentes evacuaciones de un color negruzco. Ninguna otra información que pudiera darnos luz en el diagnóstico de su dolencia nos fué posible obtener del paciente.

Procedimos a su examen, notando una expresión marcada de ansiedad en la cara del enfermo; ojos hundidos, pálido, algo dinámico, y aún cuando contestaba las preguntas, lo hacía con dificultad y algo incoherente; sus pupilas, normales; lengua ligeramente saburrosa en el centro, pero con bordes y punta limpia; respiraciones de 20 a 22; temperatura de 39 grados centígrados y absolutamente sin pulso en las radiales; los latidos cardíacos muy rápidos y débiles, a pesar de lo cual se percibía un soplo presistólico en la región mitral. Los pulmones, normales.

En el examen abdominal nos encontramos un hígado ligeramente aumentado de volumen; una pared abdominal que si bien ofrecía alguna resistencia a la palpación, no podía, sin embargo, tildarse de dura, y algún gorgoteo en la fosa ilíaca derecha.

No pudiendo llegar a ninguna conclusión definitiva sobre la dolencia de nuestro paciente en aquellos momentos, nos decidimos a tratarlo sintomáticamente y a observarle; se le ordenó una bolsa de hielo al vientre y otra a la cabeza; inyecciones de aceite alcanforado y estricnina, alternando cada dos horas.

El 16 por la mañana la situación de nuestro enfermo poco había variado, su pulso, a pesar de la intensa estimulación cardiaca llevada a cabo durante toda la noche, continuaba imperceptible en la radial; su abdómen acusaba el mismo dolor, pero la temperatura descendió a normal por lisis y sin sudoración alguna.

Se examinó la sangre buscando el parásito de Laveran, con resultado negativo y se ordenó la reacción de Widal, continuándose el mismo tratamiento cardiotónico.

Así permaneció nuestro enfermo todo el día 16 delirando a veces y en un verda-

dero estado de astenia, falleciendo a las ocho de la noche a causa de un colapso cardíaco.

La reacción de Widal resultó negativa. La orina aparecía normal macroscópicamente.

La causa de muerte en este muchacho nos preocupaba hondamente. ¿Era ésta una tifoidea de forma ambulatoria y de mayor duración que la que el paciente nos refería? ¿Habían sido aquellas evacuaciones negruzcas de que nos habló, verdaderas enterorragias y la depresión circulatoria que le llevó a la tumba secundaria a ella? Quizás; pero el aspecto del enfermo, a pesar de su estado de depresión, no parecía indicar una enfermedad de muchos días. Afortunadamente, no habiendo reclamado nadie el cadáver, procedimos a su autopsia, como a las doce horas de su fallecimento, cuya autopsia paso a describir.

Cuerpo mal nutrido, anémico, congestión hipostática marcada en las regiones dependientes del cuerpo, rigidez cadavérica muy acentuada.

Abierta la cavidad abdominal, encontramos el peritoneo normal; intestinos, con muy poca distensión gaseosa, y el colon, de conformación anatómica absolutamente anormal. Al indagar la condición del apéndice, reconocimos el extremo inferior del ilium que atravesaba el borde de la pelvis, horizontalmente, y que fijó a ella por un mesenterio algo corto extendíase hasta la fosa iliaca derecha, donde se doblaba formando un ángulo recto para ascender en la región lumbar del mismo lado hasta venir a encontrar el ciego en el hipocondrio derecho, completamente debajo del hígado y en contacto íntimo con la vejiguilla biliar. El ciego era muy corto y se unía al ilium casi en su extremo inferior, de cuyo mismo punto partía un apéndice largo, bastante grueso, y que se dirigía hacia abajo, hacia atrás y doblándose sobre sí mismo ascendía a esconder su punta o extremidad distante entre el hígado y la pared costal derecha. No terminan aquí las anomalías del intestino grueso, como hemos visto; en realidad el ciego venía a ocupar el lugar del recodo hepático del colon y de él partía directamente la parte transversa de éste, que al llegar al lado izquierdo del abdómen, se internaba con dirección posterior a buscar el polo superior del riñón izquierdo y debajo del bazo constituía el recodo esplénico del colon; de aquí bajaba por la distancia de tres centímetros para doblarse nuevamente formando en la región lumbar izquierda, un verdadero anillo o *loop* intestinal completamente fijo, y descendiendo más luego en posición normal hasta la fosa iliaca izquierda de cuyo sitio se dirigía a la cavidad pelviana en donde venía a encontrarse la siliaca poco antes de entrar a formar el recto. Como hemos visto, toda la situación anatómica del intestino grueso es anormal y es la primera vez que la encontramos en un buen número de autopsias que llevamos practicadas.

Siguiendo nuestro examen de la cavidad abdominal, pudimos notar que los riñones eran pequeños y congestionados; el pancreas normal; el hígado aumentado de volumen, cogesitonado, algo friable y de color amarillo claro. Vejiguilla de la hiel, normal y vacía; vejiga urinaria vacía; el bazo aumentado de volumen, color plomizo claro y congestionado. Resecados los intestinos pequeños, abiertos y lavados, se nota fácilmente que las placas de Peyero

estaban congestionadas, levantadas sobre el resto de la superficie que las rodea y circundadas por una zona inflamatoria intensa, pero sin presentar ulceraciones de ningún género; justamente los cambios anatomo-patológicos que debiéramos encontrar en las placas de Peyero en los primeros días de una invasión tifosa.

En la cavidad toráxica, aparte de ligeras adherencias pleurales antiguas y de una regular estrechez nitral, nada anormal pudimos verificar.

Indudablemente que el diagnóstico en este caso es dudoso; pero el cuadro clínico y anatomo-patológico descrito nos hace creer que la causa de la muerte de este infeliz muchacho ha sido una invasión tifosa fulminante que le arrancó la vida en pocos días, y decimos en pocos días, porque los cambios encontrados en las placas de Peyero demostraban como hemos visto una invasión reciente; ahora bien, ¿son frecuentes estas muertes por colapso cardíaco en los primeros días de la fiebre tifoidea? Indudablemente que no. El Profesor Dieulafoy nos habla de muertes repentinas en la fiebre tifoidea por síncope cardíaco (y nosotros hemos tenido un caso), pero éstas ocurren siempre en los últimos días de la enfermedad, cuando ya se inicia o está establecida la convalecencia; sin embargo, el mecanismo de origen reflejo por el cual nos explica aquel ilustre clínico estas muertes repentinas, pudiera verificarse igualmente en los primeros días de una infección tifosa. El Dr. Dieulafoy, fundándose por una parte, en hechos clínicos comprobados como son los casos de muerte repentina por acción refleja a causa de cuerpos extraños en los intestinos tales como huesos de ciruelas y lombrices, etc., Brown, Seguard y Goltz que han demostrado la excitabilidad especial de los intestinos, y el mecanismo del síncope que sigue a dichas excitaciones, cree con firmeza que el síncope en la fiebre tifoidea es causado en parte por una acción refleja que, partiendo del intestino enfermo, es transmitida por las fibras centrípetas del Gran Simpático a las células de la médula espinal y del bulbo, y que producen una acción fulminante sobre el núcleo de los Vagos.

Por otra parte, el célebre Hayen defiende la teoría que atribuye estas muertes repentinas a los cambio del miocardio, comunes a las tifoideas lo mismo que a cualquier fiebre de larga duración; pero Dieulafoy arguye con gran peso que si así fuese, todos los casos de muerte repentina en la tifoidea, deberían presentar degeneración de la fibra cardíaca, y no es así, pues nos presenta siete casos de estas clases de muerte en los cuales el corazón en la autopsia no revelaba signo alguno de degeneración del miocardio.

Pudiera ser que el anterior mecanismo nos explicase la muerte del paciente que ocupa nuestra atención; pero nosotros mas bien la atribuímos a una de esas infecciones virulentas que agobian el organismo; verdaderos tifoideas de forma adinámica desde su comienzo, contra cuya infección no tuvo resistencia para luchar un organismo débil, mal nutrido, y con un corazón ya debilitado por la lesión valvular que tenía."

LOS BAÑOS DE MAR EN LA INFANCIA.

POR EL DR. E. GARCIA CABRERA.

Contemplando el hermoso espectáculo de un mar tranquilo como el que baña nuestras playas, con sus azuladas y suaves olas, sus frescas brisas y su pintoresco panorama, no podemos menos que recordar los innumerables niños que faltos de luz y aire vegetan en lo interior de las ciudades, víctimas de ese prateo llamado escrofulismo.

Los anfiteatros de montañas que encuadran con sus escuetos flancos el paisaje, circuyendo verdaderos ramilletes de verdor; las verdes palmeras que sacuden sus copudas cabezas a impulso de la brisa, y el panorama todo, con sus vivos y salientes toques, une en un solo sentimiento los varios contrastes que producen el color francamente ocráceo de la costa con las cintas verdosas del mar, densas, casi obscuras, allá en el horizonte; blancas y diluídas a trechos, impregnadas del fulgor claro y vibrante del cielo, mezcla de luz y azul que se refleja en las aguas dando brillantez al cuadro; y por fin los fondos y celajes caprichosos donde limpia a cada momento su paleta ese gran artista: el Sol.

El Sol y el Mar: he aquí los dos remedios más poderosos con que puede y debe contar todo médico en beneficio de los linfáticos y escrufulosos.

Todos los médicos que hayan estudiado la acción de los baños de mar reconocen la eficacia con que obran sobre las que podemos llamar enfermedades crónicas de la infancia, y especialmente, sobre el escrofulismo y el linfatismo de los que tanto vemos en nuestros trópicos.

El agua y el aire del mar ejercen una acción verdaderamente notable sobre el organismo de los niños, teniendo la propiedad en cierto modo específica para contribuir al desarrollo del cuerpo durante el primer período de la vida. Los baños de mar y los baños de aire marítimo, no menos excelentes, tienen una acción de tal modo fortalecedora, tal eficacia que debieran ser de un uso mucho más general y hasta formar un complemento obligado de la educación física de todos los niños.

No existe en terapéutica ninguna medicación reconstituyente tan enérgica como la medicación marítima: ninguna reune tantos elementos adecuados para reparar las fuerzas de los niños debilitados por una enfermedad o por el crecimiento; ni hay otra más apropiada a las necesidades de su delicado organismo.

Las afecciones linfáticas y la escrófula se encuentran hoy día atacando a un número crecidísimo de los niños, en todas las clases sociales; y tanto entre los pobres como entre los ricos, tiende a bastardear la raza y a degenerar la especie humana. Los médicos no debemos olvidar que es más fácil prevenir estas enfermedades que curarlas; y, es ésta profilaxia la que debemos hacer comprender al vulgo. Debe pues, el médico, repetir sin cesar a las familias, que el único tratamiento preventivo seguro contra estas enfermedades; que

el único tratamiento curativo algo positivo en las múltiples y variadas formas en que éstas presentan, solo consiste en la medicación reconstituyente con que se pueda ayudar con una permanencia prolongada de los niños en las orillas del mar.

La medicación marítima como todas las medicaciones enérgicas exige ser prescrita y empleada de una manera formal. Para muchas personas la immersión del cuerpo en el mar a una hora determinada del día, repetida durante cierto tiempo constituye por sí solo lo que se ha convenido en llamar una temporada de baños de mar. Esto es un error que el médico debe tratar de evitar. Una temporada de baños de mar consiste, en cierto número de baños más o menos frecuentes, más o menos prolongados, que los niños tomen diariamente a una hora determinada; pero consiste también, para el médico, en el régimen que éstos niños sigan y en la higiene que observen durante el tiempo en que tomen los baños. Solamente en este caso constituyen una medicación especial, una sabia terapéutica cuya acción prudentemente dirigida es siempre reparadora, siempre fortificante. Para que los niños enfermitos obtengan del uso de los baños de mar, un beneficio positivo, es necesario que se sometan rigurosamente, mientras siguen el tratamiento marítimo, a las prescripciones de una higiene y de una diatética adecuadas a su estado.

Como todos los baños minerales, los de mar tienen una acción positiva cierta, de la cual no se ha hecho el uso general que merece. El agua del mar cuyo análisis la coloca a la cabeza de las aguas clorurado-iódicas fuertes es la más mineralizada de todas las aguas conocidas. Por su sola composición química ejerce, pues, una acción tónica y estimulante sobre la piel. ¡Por otra parte, la atmósfera del océano posee una acción tan viva y estimulante sobre la mucosa pulmonal y las funciones digestivas!

Sobre los bronquios su acción es propia, especial, típica en cierto modo, que es imposible negar. He aquí porqué en los niños hace desaparecer con rápidez pasmosa la tos, de forma catarral que en gran número de ellos acompaña a menudo el crecimiento.

El profesor Robin, de París, nos proporciona el siguiente estudio de laboratorio que demuestra la influencia de los baños de mar y del aire marítimo en el organismo de los niños.

1o. Un aumento del número y valor hemoglobinúrico de los glóbulos rojos de la cangre.

2o. Una leucocitosis más activa (fagocitosis).

3o. Un aumento del consumo de oxígeno y elevación del cuociente respiratorio.

4o. Un aumento del consumo de materias tercianas con su consiguiente mejor remineralización.

6o. Una superactividad de los cambios en el sistema nervioso.

Lo que podemos resumir a:

1o. Mejoría de la nutrición con mejoramiento de los medios de defensa orgánica.

2o. Poder remineralizador indirecto, y tal vez, directo.

"Bajo la influencia del aire de mar", dice Poupault, "el apetito renace, la

circulación se pone más activa y envía a los órganos que están en estado de lánguidez, sangre más rica y más generosa''.

Cuando se consultan las obras recientemente escritas sobre baños de mar, queda uno sorprendido del número considerable de enfermedades que la medicación marítima está llamada a curar. Me limitaré à generalidades diciendo que su mejor empleo, su mejor aplcación terapéutca es en el tratamiento de las enfermedades de la infancia, siempre que el organismo tiene necesidad de ser fortalecido, siempre que hay disminución de energía en la fuerza vital, ya sea ésta debilidad innata o constitucional, ya sea efecto del crecimiento o de enfermedad. Estos son como vemos, padecimientos de marcha crónica y es necesario oponerles remedios de acción prolongada.

El linfatismo es por excelencia el padecimiento para tratar con los baños y marítimo y es en la primera infancia cuando debe ser atendida y atacada con constancia, pues las modificaciones que se operan en el organismo son más completas y más rápidas en ésta edad que en cualquiera otra época de la vida. La escrófula quizás reclame más imperiosamente el uso de los baños de mar por ser una exageración de la constitución linfática.

Las muchas otras afecciones ligadas al linfatismo como son las coxalgias. Mal de Pott, tumores blancos y hasta el raquitismo, después de su tratamiento quirúrgico y cuando posible durante éste, requieren la atmósfera marítima para desaparecer.

Aunque le medicación marítima sea una terapéutica general constituye a veces una medicación que obra de una manera más particular en ciertos órganos y en ciertas funciones.

Bajo el influjo de una constitución linfática, bajo la influencia de una vida sedentaria se vé un gran número de niños disminuir poco a poco de apetito, hasta desaparecer del todo. Las funciones digestivas caen en un estado de lánguidez. Estos niños experimentan a veces fuertes dolores intestinales y con frecuencia padecen diárreas que alternan con períodos de estreñmiento. Apesar de los tónicos que se les dá con profusión, no recuperan el apetito; se les vé por el contrario adelgazar y debilitarse. Cuando éstos enfermitos han respirado el aire del océano, después que han tomado algunos baños, su apetito renace como por encanto; las funciones digestivas se restablecen; y, sus fuerzas reaparecen con pasmosa rapidez.

Yo he observado en varios casos una afección dispépsica peculiar a la que es difícil dar un nombre apropiado. Los niños a quienes aqueja son difíciles de alimentar; tienen horror a la comida; no pueden soportarla sintiendo nauseas al verla. Por el contrario, son muy aficionados a los dulces etc. Nunca tienen apetito. La constitucion de estos niños está en relación con la depravación de su apetito y la perversión de sus funciones digestivas. Están pálidos, delgados, irascibles, tienen los ojos hundidos y ojerosos. Algunos de ellos están hinchados debido a su condición gastro intestinal y a la alimentación feculenta-azucarada de que abusan. Todos estos trastornos gástricos, todos éstos desórdenes intestinales ce-

den con una notable facilidad a la medicación marítima.

Ciertas afecciones de las vías respiratorias demasiado comunes en los niños curan prontamente a orillas de la mar. Así mismo muchas otras afecciones de la garganta, tales como el infarto crónico de las amigdalas o de la mucosa nasal que se observa tan frecuentemente en nuestros niños, desaparece con facilidad bajo la influencia de la medicación marítima.

La medicación marítima debe ser pues, en los niños débiles y enfermizos de nuestra sociedad moderna, como antes dije, el complemento obligado de una educación física bien entendida.

Por sus propiedades vivificantes, por los principios salinos y aromáticos que la componen, la atmósfera marítima es una madre bienhechora que llama hacia sí todos los niños que sufren, tendiéndoles sin cesar su mano protectora y proporcionándoles siempre el alivio.

OFICIAL.

NUESTRO DELEGADO A LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA.

La Asociación Médica de Pto. Rico tiene derecho a ser representada en la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana por un delgado que será miembro de aquel cuerpo.

La Constitución de la Asociación Médica Americana exige que para poder ser miembro de su Cámara de Delegados se necesita haber sido miembro de aquella Asociación por lo menos dos años antes de la fecha del nombramiento. Con tal motivo, aunque nuestra Asociación tiene hoy todos los derechos y requisitos para ser representada en la Asociación Nacional, por éste año nos hemos quedado huérfanos de un delegado oficial. Hemos sido tratados con la mayor consideración y afecto, pero lo estatuído en la Constitución de la Asociación no nos ha permitido llevar a ella nuestro delegado electo por esta Asociación. Solamente existen cuatro miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico, que hayan sido miembros de la Asociación Americana, pero por circunstancias especiales a ninguno de ellos les ha sido posible ir. Hemos tratado de delegar nuestra representación al Estado de New York, pero encontramos que esto no está permitido.

De todos modos, no estaremos sin alguna representación.

El Dr. José Esteban Saldaña, asistirá a las sesiones de la Asamblea Anual de la Asociación Médica Americana, y aunque no con los poderes de un delegado electo oficialmente por esta Asociación, estará presente en las sesiones de la Cámara de Delegados para las cuales tiene invitación especial. Todos conocemos el valer del doctor Saldaña, y seguramente Puerto Rico no quedará olvidado mientras esté en nuestra representación un colega de los méritos del Dr. Saldaña.

La próxima sesión anual de la Asociación Médica Americana se llevará a efecto en el año de 1915, y entonces la Asociación de Puerto Rico estará en condiciones de enviar su delegado, el que estará investido de todos los derechos y privilegios de que hoy gozan los delegados de todas las Asociaciones de los Estados.

ASOCIACION MEDICA
PRESIDENCIA

San Juan, Puerto Rico.,
Junio .... del 1914.

A los Miembros de la Asociación Médica de P. R.

Sr. Dr.

Distinguido compañero:

Como miembro que es Vd. de la Asociación Médica de P. R., le suponemos enterado de una carta circular firmada por el Tesorero de ésta Asociación, el Dr. Jacinto Avilés.

Los hombres que por vuestros votos tienen el honor de formar el Cuerpo Directivo de nuestra Asociación, desean y entienden que es su deber hacer conocer de todos los meimbros las causas que motivaron la resolución que dá a conocer la carta circular del Sr. Tesorero.

Existe en nuestra mente el propósito firme de continuar el procedimiento ya establecido por nuestra Asociación en casos de desgracia o de fallecimiento de alguno de los asociados, cual es, el de que los fondos de la Asociación **no deben** mermarse para fines benéficos. Este principio ha sido ya establecido; y aún cuando así no hubiera sido, las cuatro quintas partes del Concejo de ésta Asociación están en favor de que así sea.

Una petición firmada por miembros de ésta Asociación fué presentada ante el Concejo, solicitando que se favoreciera a otro miembro, al Dr. Aurelio Lacasa, con la cantidad de **dos cientos** dólares.

El asunto era apremiante y realizando el Concejo que no había tiempo para **consultar** individualmente a todos los miembros de la Asociación, tomó a bien, (contando con que nadie negaría su concurso a una acción benéfica que representaba poco sacrificio), el hacer un adelanto de $200 para que el referido Dr. Lacasa le fuera posible conseguir un deseo grande, una última esperanza; el volver a su hogar aún cuando a él retornase preso ya de dolencia fatal.

El Concejo de la Asociación, aunque investido de los poderes de Comité Financiero de la misma, nunca ha querido ni quiso en éste caso especial usar de sus facultades, haciendo un desembolso de los fondos pertenecientes a la Asociación; solamente hizo un anticipo, seguro de que siendo la causa justa, no tardaría en reembolsarse la cantidad sustraída. El Concejo resolvió que la suma anticipada se recuperará por medio de una cuota a pro-rrata entre los miembros de la Asociación. Tenemos en el día de hoy 90 miembros activos, por lo cual toca a cada uno la suma de $2.22.

Agradeceríamos contestara Vd. ésta carta de una manera afirmativa antes del 20 de Julio próximo; y de todos modos, si no en la afirmativa remitiendo la cantidad antedicha, nos honrará Vd. con su contestación en contra. Deseamos saber cuantos miembros de nuestra Asociación se hayan dispuestos a ayudar a un compañero en desgracia, y de aquí que supliquemos a Vd. que se tome la molestia de contestarnos, ya sea en favor o en contra; y si sus numerosas atenciones se lo permiten, le agradeceríamos infinitamente que nos diera Vd. su parecer sobre el procedimiento que mejor le parezca seguir en casos análogos, contestando el siguiente cuestionario:

1o.—Cree Vd. que la Asociación Médica de Pto. Rico, deba en caso de fallecimiento de uno de sus miembros, entregar alguna suma de dinero a sus familiares? Sí o Nó?

2o.—Debe la Asociación Médica de P. R. entregar dinero a sus socios cuando por enfermedad se vean éstos imposibilitados de trabajar? Sí o nó?

3o.—En caso de que sea partidario de la entrega de dinero, en cuál de las siguientes formas cree Vd. qué deba llevarse a efecto?

(a)—Haciendo un desembolso directo de los fondos sociales.

(b)—Haciendo una suscripción entre los socios.

(c)—Haciendo la Asociación un préstamo para ser reembolsado por una cuota a pro-rrata entre los miembros.

(d)—Qué cantdad estima Vd. sería una ayuda decorosa para los familiares de un médico fallecido?

Queda de Vd. con toda consideración,

....

Secretario de la Asociación
Médica de P. R.

NOTAS VARIAS.

LA CIRUGIA DE LA PREVENCION Y DE LA REPARACION.

Los cirujanos del mundo entero han estado reunidos por toda una semana, en la ciudad de New York, en el Cuarto Congreso de la Asociación Internacional de Cirujanos. Entre su número han estado varios directores notables de clínicas quirúrgicas de universidades importantes, y contribuyentes distinguidos al progreso de la cirugía moderna. Hubiera sido natural el esperar que estos grandes cirujanos se ocuparían con la discusión de enfermedades fatalales y serias, tales como el cáncer, y con las operaciones capitales por las que se salva la vida, o que se prolonga al menos; no es extraño entonces notar los sujetos que fueron más prominentes en las discusiones del congreso.

Se ocupó el primer día con la discusión de las amputaciones; el segundo día se ocupó en trabajos sobre úlceras del estómago y del duódeno; y el tercer día, con trabajos de ingertos y transplantaciones. Tales sujetos parecen insignificantes comparativamente, al hombre de la calle, cuando él recuer-

da el hecho de que, según noticias recientes, unas 80,000 almas murieron del cáncer en este país en el año último pasado, y de que, ésta afección se lleva más gente que la tifoidea, la viruela y todas las otras enfermedades infecciosas en conjunto, exceptuando la neumonía y la tuberculosis.

La vida diaria del cirujano sin embargo la emplea más para reparar los disturbios leves de la máquina humana, y para hacer vivible la vida, a los muchos que se agolpean en nuestra existencia industrial de estreno, y de transportación veloz del expreso, que la tarea de las operaciones sensacionales. Estas operaciones son de salvar siempre la vida; pero después de todo, éstas son, como regla general, para ayudar solamente a la prolongación de la vida hacia su fin; mientras que la cirugía de la reparación hace existencias más jóvenes y capaces y llenas de vida; las hace eficientes hasta cierto punto, al menos, por muchos años. En verdad que el cirujano de hoy toma mucha más satisfacción de la vida, y mucho más de la compensación personal de la mente en su ayuda hacia las víctimas de los accidentes industriales, que de la cirugía más espectacular, que tanto atrae la atención de la prensa.

Cualquiera que haya visto los magníficos resultados que se sacaron haciendo usables a unos labios estropeados, imaginará muy bien la satisfacción que debe tener el cirujano; aunque, el trabajo requiere una paciencia casi divina, y el climax de la ingenuidad humana, tan bien como la cirugía más cuidadosa, de una limpieza meticulosa. Unos brazos que no se pueden mover ni doblar; unos hombros que no se pueden usar, unas piernas que están fijas sin esperanza, son vueltas otra vez al uso; por medio de éstas operaciones menores, se capacita a las criaturas que sufren de estos desperfectos, para ayudarse por sí mismas. Algún trabajo de esta índole fué informado de todas partes por los visitantes extranjeros, y por pacientes actuales traídos por cirujanos americanos, exhibidos en retratos ordinarios, y algunos con rayos X, representa un trabajo de verdadera filantropía que a uno le toca la impaginación. Estos pacientes como regla general, son las víctimas de la vida industrial sin cuidado que nosotros solamente ahora empezamos a mejorar para hacerla menos peligrosa; muchos de ellos son inhábiles para pagar la compensación adecuada por la habilidad y el tiempo y la devoción que le son dadas. Todo esto hace la exhibición todo lo más interesante posible, y derrama una nueva luz sobre la vida moderna del cirujano.

Si no hubiese nada más que el mejoramiento de los miembros articulados, dado al interés de los cirujanos en asegurar el mejor uso posible para sus pacientes, éste congreso sería interesante. No hace mucho que fué el tiempo cuando la pérdida de una extremidad tan solo, hacía al hombre, casi inevitablemente, sinó un mendigo, al menos, un dependiente. Cuando perdía sus dos extremidades era seguro que sería una carga para la comunidad, o para sus amigos. Los miembros artificiales, efectúan resultados eficientes con ellos. El ver a un hombre recoger del suelo una moneda de diez centavos

con una mano artificial dará una mejor idea de la ingenuidad de la invención, que el oir escritos sobre actividades efectuadas por estas extremidades. La simplicidad total de los aparatos por lo cual se consigue esto, y su durabilidad, como el hecho de que las mejores de ellas han sido hechas por hombres que habían perdido sus piernas ellos mismos, añaden a su interes.

El día segundo fué empleado en la cuestión del tratamiento de las úlceras del estómago. Esto parecería un problema trivial comparado con otros muchos de la cirugía abdominal, pero se ha venido a reconocer ahora, que los cánceres del conducto digestivo que a menudo, son fatales o tienen su orígen en la cáscara de una úlcera vieja, o en la irritación crónica, causada por una lesión de ésta índole que nunca ha sido curada. Ellos no han podido hallar la causa directa del cáncer; pero se sabe, que la condición que favorece su desarrollo es la irritación crónica. Los cánceres de la lengua, en los hombres proviene, de fumar en pequeñas pipas; de mascar la fruta **betel** que se dá en el Oriente; o con los rayos X, o de deshollinar chimeneas; o en los hombres que en la India usan estufas de carbón bajo la piel muy cerca, para protegerse contra los cambios bruscos de la temperatura de las Himalayas. Si se puede evitar la irritación crónica, se puede evitar también el desarrollo del cáncer; de ahí el interés que tienen los cirujanos del mundo en las úlceras gástricas. Si ellos no pueden curar el cáncer, aunque si lo hallaran en un estado temprano, probablemente lo podrían curar, ellos pueden sin embargo prevenir sus formas malignas con el tratamiento temprano de la condición ulcerativa que le predispone. Según los médicos están menguando su deliberada importancia por medio de la medicina preventiva, los cirujanos están también trabajando para obviar la necesidad de las operaciones capitales, las que casi siempre facasan después que la degeneracion del cáncer ha ocurrido.

La cirugía plástica por medio de amputaciones y transposiciones de los tejidos ocupó un día entero; sus demostraciones eran escasamente menos importantes que esas de los medios de auxiliar a los mutilados, y aún más sorprendente en los resultados. Se rehacen narices, labios, párpados, cejas, no con la perfección original de la Naturaleza, es verdad; pero sí, de manera que hoy viven en la comunidad, sin tener que estar segregados del mundo a causa de sus defectos de conformación, muchos hombres. Los recientes accidentes del automóvil han causado particularmente daños faciales, que requieren tal o cuál trabajo cosmético. Los cirujanos han respondido para repararlos, con una invetiva maravillosa e ingenua y de resultados excelentes.

Mientras que los jóvenes cirujanos esperan estar destinados para acer algo grande por el cáncer, y por el desarrollo de las operaciones capitales, que sirven para la salvación de la vida, los cirujanos viejos están ocupados pacientemente y con un profundo sentimiento de humanidad, en el trabajo de hacer la vida más vivible para una gran multitud de gente. Esto realmente es lo que hace a la cirugía, tan atractiva a muchos hombres de carácter, y de ele-

vados propósitos. No es la operación rara, hecha por el bien de hacerla que hace la vida del cirujano una gran valía; es su trabajo contidiano de salvar a los hombres del trabajo, y de devolverlos otra vez, sanos y fuertes a la vida del servicio y de la utilidad; es el trabajo de la consolación dentro de las vidas de aquellos que han sido deformados asquerosamente, por enfermedades o por accidentes del trabajo, de manera que éstos no estén segregados de sus compañeros; ésto es lo que hace la profesión del cirujano, una gran profesión, llena de las más altas aspiraciones humanas."

"The Independent".

TRASTORNOS DIGESTIVOS FEBRILES EN LOS NIÑOS DE PECHO,

por el **Dr. Nobécourt,**

París.

I.—**Dieta hídrica.**

Agua pura o agua mineral (Evian, Thonon), ya por cucharadas cada media hora, ya por biberones cada dos horas y media. En principio, se hará tomar al niño, en este último caso, una cantidad de agua equivalente a la cantidad de leche que suele haber. Si tiene vómitos repetidos el enfermito, se dará el agua por cucharadas.

Se puede acudir también a la **dieta alcalina** de agua de Vichy, de Val, o a una solución de bicarbonato de soda a 5 p. 1000.

Dieta de agua azucarada: 30 gramos de lactosa o de sacarosa por litro.

II.—No se puede prolongar demasiado la dieta hídrica.

Alimentar de nuevo al niño de una manera progresiva, prudente, pero no obstante, suficiente, tomando por guía la ácidez y la putridez de las desyecciones, con:

Agua de arroz:

Una cucharada sopera de harina de arroz por litro.

Babeurre (leche desnatada esterilizada obtenida esterilizando el líquido que queda después del batido o centrifugación de la leche pura; empleada como sigue:

1,000 gramos de babeurre.
Hacer hervir con 40 a 50 gramos de harina de arroz;
Añadir 70 gr. de azúcar.
Embotellar. Esterilizar.

Caldo de legumbres

Tómense:

Zanahorias	50 gramos.
Patatas	40 gramos.
Nabos	10 gramos.
Guisantes secos ...	5 gramos.
Habichuelas secas .	5 gramos.
Puerro	uno.
Agua	1,500 gramos.

Hiérvase todo ello a fuego lento por espacio de cuatro a cinco horas. Colar,

completar hasta un litro, si es necesario, y añadir 5 gramos de sal de cocina.

(Si se ofrecen dificultades para pesar con exactitud estos varios alimentos, añádase simplemente a un litro de agua, cantidad necesaria: (un puñado de arroz, un puñado de lentejas, una patata de buen tamaño, una zanahoria, un puerro.)

El caldo de legumbres se toma puro o con alimento de harinas.

(A los niños de pecho algo crecidos les siente bien las papillas espesas, por razón de su tolerancia respecto de los farinosas).

III.—**Compresas calientes y baños calientes** para atenuar los dolores abdominales y el meteorismo del vientre.

IV.—**Evacuación del intestino.**

Lavado intestinal con **agua de malvavisco o agua hervida con 7 gr. de sal marina por 1,000.**

Calomelano: cinco miligramos cada media hora: dos a cuatro centigramos al día.

Lavado del estómago si hay vómitos repetidos y necesidad de evacuar con rápidez el contenido gástrico. Emplear agua que contenga 5 gramos de bicarbonato de soda por litro.

V.—En caso de deshidratación, de estado general grave **inyecciones de suero** salado o glucosado.

Cloruro de sodio puro.... 7 gr. 50 centigr.

Agua destilada y esterilizada 100 gramos.

Glucosa .... 47 gramos.

Agua destilada y esterilizada

De "La Clinique de París".

ENCEFALITIS AGUDA DESPUES DEL 606.

Uno de los pacientes de Kohrs era un hombre robusto, de 26 años, saludable excepto de balanitis positiva de Wassermann. A causa de ésta, se le hicieron unturas mercuriales y una inyección de "606" intravenosa. No hubo síntomas después de los dos días de la inyección, pero entonces apareció una encefalitis aguda, fatal en cinco días. Kohrs tabula con esta fatalidad en el caso, otras parecidas, y las tomas en cuenta para llamar la atención del hecho de que comparativamente, grandes dósis habían sido inyectadas en todos, y sólo una había tenido 0.4 gm; los otras teniendo 0. 6gm. y aquellas con una segunda inyección, hacían un total desde 0.9 hasta 1.2 gm. en sueros de cuarenta días."

ENFERMEDADES TROPICALES EN LOS NIÑOS.

El Major Frederick F. Russell, de la Armada de los Estados Unidos ha dicho que las enfermedades de los niños en los Trópicos son iguales a las de la latitud norte, con muy pocas excepciones de valor. Ha dicho también que la difteria, la fiebre escarlatina, la parotiditis y la tos-ferina no eran muy comunes. Se vé aparecer más comunmente el sarampión; y la viruela, es bastante frecuente. La viruela es tan general en muchas partes en los trópicos, que es prácticamente una enfermedad de la infancia. Las enfermedades más

frecuentes son las diárreas, las disenterías, las eczemas, las forunculosis, las erupciones, el paludismo en todas sus formas, las infecciones con parásitos intestinales, y sobre todo, las sífilis, tanto hereditaria, como adquirida por infección. En el lejano Oriente existe también el beriberi, y la peste bubónica.

Desde el punto de vista práctico, las infecciones con los parásitos intestinales son las más importantes; no es que sean ella directamente la causa de serias enfermedades; pero por el daño que hacen a la salud general. Las ciudades tropicales con muy pocas excepciones, estaban atrasadas en la sanidad; tenían mucho de las mismas enfermedades que nosotros teníamos aquí, hace como 50 o 60 años, antes que las ciudades del norte se proveyeran de un sistema de alcantarillado. El circuito seguido por los parásitos intestinales de hombre a hombre era bastante directo, por la costumbre de usar el estiércol humano como fertilizante para los tubérculos. El gérmen más común era el "ascaris lumbricoides", y casi todo el nativo estaba infectado hasta su edad media. Se acostumbraba administrar el "santonin y el calomel" a los niños, dos veces al año, como una medida rutinaria. Aunque los parásitos redondos no ocasionaban ninguna enfermedad específica, cuando el pequeño paciente alimentaba dos o tres cientos de ellos, el efecto en la salud general era considerable. Se vió claramente una demostración llamativa de la influencia de los "helminths" en la salud general en la prisión de Bilibid, en Manila. Por muchos años el promedio de muertes por todas las causas había sido elevado; las reformas sanitarias no habían hecho el mejoramiento esperado. El exámen de las feces por "ova", demostró la presencia de uno o más "helminths" en la mayoría de los presos. Seguido del uso general de "antihelmintics", el promedio de muertes por todas las causas demostró una mayoría notable.

El **nematode** más importante entre los niños, es el parásito de la Anemia, "Anchylostoma", o "necator americanus". En los países en los que es prevalente, casi todos los niños nativos están infectados, y sufren extremadamente del resultado anémico y de los disturbios digestivos. Un dato lleno de importancia con respecto a los "helminths" es que en el estado del contagio, frecuentemente están sin síntomas. El estado del contagio en partes debido al desarrollo de la inmunización; pero a menudo depende del número reducido de "helminths" presentes.

El "Oxyuris vermiculares" es más frecuente aún en los trópicos que en las zonas templadas. Las lombrices y las "flukes" se hallan también; pero el único de importancia es el "dwarf tape worm", "hymenolipis nana", que a veces se presenta en números incontables, causando una multitud de síntomas. La presencia casi "universal de "helmiths" hizo el exámen de las feces del vientre, más importante que el exámen de la orina. Es absolutamente esencial por tanto, el tener algún sistema practicable de recoger y examinar las feces. Esta muestra no es necesario que sea fresca, a menos que se vaya a hacerse exámen por "entameba". En Puerto Rico, el Dr. Ashford

ha instruído tan bien a los nativos, que los enfermos que desean tratamiento, siempre llevan consigo una muestra de las feces dentro de una caja de fósforo. Aparte de los parásitos humanos estrictamente, los del perro y del cerdo se hallan en los niños frecuentemente. El punto de la prevención y de la infección, y de la reinfección es importante y envuelve la instrucción de todas las familias en la higiene personal. La duración de la vida de los parásitos es corta, uno o dos años cuanto más, y si se evita la reinfección, podría desaparecer de los trópicos como han desaparecido en el Norte.

La Malaria era de gran importancia en los niños primero, porque ellos no se podían defender de los mosquitos; y segundo, porque su piel tan fina y delicada hacía la infección del mosquito más fácil. La prevalencia de la malaria entre los niños dió márgen al aumento de la malaria en el distrito, según ha sido anotado por Koch. El índice de la malaria se aseguró seguidamente, notando el por ciento de niños con el bazo palpable. La malaria ocurría en todas sus variedades y el curso clínico era más a menudo atípico. Por esta razón, recaída trás recaída, la enfermedad se hacía crónica. El exámen de la sangre por malaria debe ser un proceso rutinario en los trópicos.

La sífilis en los trópicos, y especialmente en los pueblos cerca de los puertos de mar, era común en extremo, y comparada a la misma enfermedad en el norte, parecía bastante benigna, y dócil al tratamiento.

"Yaws", esta enfermedad, hermana menor de la sífilis, era más interesante; era una enfermedad crónica, específica e infecciosa, caracterizada por una erupción de tubérculos parecidos a las cerezas, y con más o menos disturbios de la constitución en general. Probablemente fué originada en la costa oriental del Africa, de donde se llevó a las Indias Españolas por medio de los negros esclavos. Su causa era el "treponema pertenæ", de Casrellani, un organismo indistinguible morfologicamente del "carbunclo" de la sífilis. Se había enseñado, sin embargo, que la "yaws" era una entidad distinta y no una forma de la sífilis. El punto más interesante de la enfermedad era su tratamiento con éxito por el salvarsan; siendo una dósis lo bastante para efectuar una curación; pero de hecho, los resultados obtenidos por el salvarsan en "yaws" puede decirse que aventaja a los obtenidos en la sífilis. Desde que se introdujo el salvarsan en el tratamiento de "yaws", los hispitales en las Indias Occidentales eran instituciones que habían estado atestadas de enfermos por cientos de años, estaban vacías ahora, por la primera vez.

Una de las enfermedades más importantes e interesantes en el Oriente, fué la beriberi, y por muchos años se había reconocido una forma infantil en los niños alimentados del pecho. Era una enfermedad de metabolismo asociada con una deficiencia de ciertos elementos del alimento y caracterizada clínicamente por la neuritis múltiple, hidropesía, re-ablandecimiento, raquitismo y la parálisis de los músculos, incluyendo el músculo del corazón. Los síntomas de un caso típico en un muchacho, fueron como siguen: Un bebé de dos

meses, antes saludable y bien nutrido, fué atacado de repente de paroxismos de dolor durante el cual, estiró el cuerpo y se puso rígido; las paredes abdominales y el epigastrio se volvieron duros y en tensión. El niño lloraba constantemente; se le enyanosó la cara, y se le hincharon las venas del cuello. La pulsación era débil y fuerte. El paroxismo pasaba, para reptirse una y otra vez, hasta que sobrevino la muerte, usualmente, dentro de pocas horas o días. Una forma crónica con aparición gradual y terminación rápida se veía también. En la autopsia se veían las mismas lesiones que en los adultos. Se hallaba que había dilatación extrema e hipertrofia del ventrículo derecho, (hidropericardio), degeneración de la vagi y de las células ganglio cervicales; y en muchos casos, edema subcutánea extensiva. La parte singular de esta enfermedad era la alta mortalidad entre los niños alimentados del pecho. En el año de 1909, el 65% de la mortalidad infantil era debida al ser los niños alimentados del pecho, y sólo había un 20% entre aquellos que eran alimentados artificialmente. Cincuenta y seis por ciento de la mortalidad total de la ciudad de Manila había sido causada por esta enfermedad. Se había demostrado que el beriberi era causado por el arroz cuando estaba molido grandemente y esto dió lugar a la clave para el tratamiento de la enfermedad en los niños. Se preparó un extracto alcoholico del pericarpio del arroz y se le dió a los niños, pero continuando la alimentación del pecho. La mejoría fué marcada e inmediata; el vómito se paralizó entre las 24 horas y el dolor y la soñolencia desaparecieron. Al fin de una semana, o antes, los pacientes estaban prácticamente curados. Chamberlain y Vedder habían demostrado conclusivamente que el beriberi no era una intoxicación, sino una enfermedad de deficiencia. Su eradicación solo era ahora un factor del tiempo, y de educar a las gentes que comían arroz, el escoger la mejor clase de arroz.

El tétano era muy común en los trópicos, doquiera; tan prevalente era, que uno tenía que ser muy cuidadoso, aún para una hipordérmica de morfina.

Todas las formas bacilares de la disentería eran también muy comunes; los mismos organismos se encontraban en el mundo entero y los síntomas no eran diferentes de esos que se vén en las disenterías en este país. La disentería amébica existía; pero no en abundancia, ni era tan común.

La infección "Bilhariásica" era común en la China, en el Japón y en las Filipinas. El alojamiento principal de los organismos era en la vena portal, de donde descendían al recto a la vejiga, trabajando su paso por entre las paredes de los intestinos; allí producían lesiones que tarde o temprano eran fatales, pues no había ningún **antihelmíntico** conocido y eficiente para aplicarlo a esta enfermedad.

El "Jala-azar" se hallaba tanto en los niños como en los adultos, y estaba caracterizado por una gran demacración, agrandamiento del hígado y del bazo, y a menudo, una endema de las extremidades inferiores. El desenlace era fatal. El parásito que es causa de la enfermedad, se denomina el (Leishmaniadonovani).

Hablando de la peste bubónica el comentarista dijo que el bubón en los niños se encontraba usualmente en el cuello; pero también se podría encontrar en la región femoral, en el codo, en la muñeca y en cualquier otra parte.

Si se había iniciado un nuevo interés en la disentería amébica, desde que se introdujo la "emetine". Después de dadas de 5 a 10 dósis de emetina por 4 o 5 días, aparecía una curación aparente; pero la mayoría de los casos volvían a recaer. En un paciente quien iba mejorando, y tenía movimientos normales, ellos le encontraban con quistes enormes en varios grados de desarrollo. Estos quistes eran de evacuaciones normales y desarrollaban 4 núcleos; hasta tanto que éstos persistían, había que continuar el tratamiento.

Este trabajo estaba acompañado por una demostración gráfica de las muestras, tomadas por la linterna mágica.

From: **The Independent.**

LA BACTERIOLOGIA DE LA LEUCORREA.

Los puntos de vista de Curtis en la leucorrea pueden resumirse así: la cavidad uterina tiende a quedar libre de bacterías en casos de infección de la leucorrea; pero la secreción mucosa de la cervix pude promover el desarrollo de descargas purulentas. El sitio común de la formación de tales descargas purulentas es el inferior genital. En las mujeres solteras la infección gonorréica precede al desarrollo de la leucorrea crónica en la mayoría de los casos. El papel principal que juega el gonococo consiste en preparar el terreno para otros organismos. El número de las bacterías de la leucorrea se compone de "anerobes" de los que el bacilo negativo de Gram, forma una gran proporción. Es probable que estas bacterías jueguen una parte activa en la producción y en el mantenimiento de la leucorrea. Los organismos "aeróbicos" comunes, tales como los B coli y los estafilococos, parecen ser de menos importancia.

LA CAUSA DEL SUEÑO-PESADILLA

POR EL DR H. RAHMET,

DEL CAIRO, EGIPTO.

En la actualidad hay muchas teorías para interpretar la causa de los sueños-pesadillas. El Profesor Ladd dice que las visiones que aparecen en el campo de la visión cuando se cierran los ojos determinan la forma y el carácter del sueño. M. Montaigne asegura que los sueños son los verdaderos intérpretes de nuestras inclinaciones. M. Freud, de Viena, mantiene que un sueño expresa el cumplimiento de un deseo. La teoría de M. Ladd puede modificar todos los sueños; pero no explicarlos, porque éstos dependen para la creación de sus imágenes de todos los sentidos combinados y no sobre el sentido de la visión solamente. La teoría de Montaigne y la de Freud están aliadas; los corolarios de ambas son más o menos iguales, porque el cumplimiento de un deseo y la interpretación de las inclinaciones son

casi lo mismo. Sin embargo, éstas tésis no explican todas las pesadillas y todos los sueños; solamente explican una cierta clase. Las pesadillas y los sueños horribles, como cuando uno se siente tirado desde grandes alturas a precipicios insondables, o se siente mutilado terriblemente por un accidente, esto no es seguramente debido al cumplimiento de un deseo o la interpretación de las inclinaciones de uno; ninguna persona cuerda puede tener tales deseos, a menos que se encuentre inclinado al suicidio, y esto ya no sería normal o racional; además tenemos sueños de carácter profético; y éstos podrían explicarse por dichas teorías. Por tanto, la causa de los sueños puede ser estudiada bajo los siguientes epígrafes: (viz) (A) la actividad discordante de células y centros aislados del cerebro durante el sueño, y (B), la influencia telepética de individuos u objetos que ejercen una afinidad específica sobre el sujeto que duerme.

Para el estudio de las variedades de los sueños causados por la actividad discordantes de las células y centros aislados del cerebro, sería bueno dar una ojeada a los procesos psicofisiológicos de los fenómenos mentales. Estos comprenden las fases intelectuales, emocionales y de volición; las dos primeras están bajo el dominio de la sensación, siendo la emoción la más compleja; estas dos fases forman las bases de todas las sensaciones, porque ellas son el estado final de las impresiones sensorias. Por otra parte volición es el punto de partida de todas las actividades motoras. Las sensaciones son la suma resultante de las impresiones trasmitidas por el sistema nervioso periférico al cerebro; la volición es lo que resultado de la elaboración de éstas sensaciones y la ejecución de este resultado en un sentido objetivo.

El area moto-sensora o kinestética es el sitio de éstas elaboraciones; nuestras facultades mentales dependen sobre las impresiones derivadas de exterior por medio de los sentidos para los fenómenos intelectuales o materiales. La sensación es la operación mental más simple: ésta es la recepción consciente de las impresiones comunicadas del mundo exterior al cerebro. La percepción es el resultado de las diferentes sensaciones así obtenidas; en otras palabras, es la agrupación de las diferentes sensaciones. La mentalidad se lleva a efecto de una manera más compleja para dar lugar a las concepciones. De ésta manera se verá que un concepto está formado por percepciones, y que un percepto está formado por sensaciones. Todo proceso mental deja un efecto indelible en las células cerebrales que han sido afectadas; de éstas señales imborrables se obtiene la imaginación representativa o sea la memoria.

Uno vé claramente que todas nuestras acciones en el estado despierto son el efecto de la volición. la cual en turno es la fructificación de las impresiones exteriores; nosotros dependemos de la memoria como de un depósito fiel para la reprodución de cualquier suceso pasado. En el estado del ensueño las funciones de la vida están parcialmente, abolidas aunque el corazón, los órganos de la respiración y el metabolismo continúan sus funciones en una escala reducida. En esta condición latente el

sujeto que duerme y sus células estructurales componentes están reducidas a un estado de inconsciencia; algunas veces no todas las células cerebrales están en estado inconsiente; esta condición da lugar a la categoría de sueños bajo consideración, en los cuales se provocan imágenes variadas y fantasmagóricas. La materia es indestructible; la energía es un producto de la materia; luego, es indestructible también. Los efectos de la energía son imborrables, aunque se puedan transformar; la producción de imágenes e impresiones en las células cerebrales y en los centros nerviosos es un efecto de la energía; por tanto, éstas impresiones son también imborrables; mientras que exista el receptáculo, las células estarán en un estado durmiente en la memoria En el sueño-pesadilla, células diferentes de diferentes centros están o entre un estado consciente o semi-consciente; el adormecimiento de las muchas impresiones previamente recibidas se suspende temporalmente; las células activadas reflejan sus impresiones acumuladas.

En el estado despierto se recibe una imágen compleja por medio de diferentes células y centros y mientras más compleja es la imágen, más células y centros son necesarios. Para reproducir la misma o su prototipo, aquellos diferentes centros y células son requeridas bajo los esfuerzos y el dominio armonioso de nuestra capacidad intelectual. Pero en el sueño, una parte de las células solamente y de los centros a quienes concierne la reproducción de la imágen están despiertos; luego éstos solo reflejan una parte del todo, y por tanto, solo dan una imágen imcompleta del original. Si hay despiertas diferentes células y centros de diferentes imágenes, producen ellas por medio de esta combinación un cuadro nuevo compuesto de secciones de diferentes imágenes percibidas previamente, pero que a ninguna corresponden. **Mientras más participan los centros y las células de una imágen real en la creación del cuadro del sueño, más preponderan los atributos de esa imágen en el cuadro nuevo, y vice-versa.** Suponed que las imágenes (a), (b), (c), (d), y (e), son percibidas por medio de los cinco sentidos, modificados por el calor, el frío, la forma, el peso la cantidad y la densidad. Volved a suponer que en un sueño, la misma persona solamente vé un atributo de cada una de las imágenes dichas; éstos atributos diferentes que él vé, se combianan para generar un nuevo cuadro; esta conglomeración de impresiones reflejadas parcialmente forman el tejido del sueño, y el enredo del cual es la consecuencia directa de la actividad proporcional de cada centro de imágenes y sus células. Mientras más diversas y distribuídas están las células y los centros en su participación del cuadro del sueño, más enredado y confuso estará éste.

Las pesadillas producidas por drogas y por alucinaciones están bajo esta categoría. Los sedativos inactivan centros y células especiales; esto es, los ponen en un estado de inconsciencia; las células y los centros no afectados reproducen una parte de la imágen original, solamente; por tanto se produce una condición parecida a la de los sueños. Los estimulantes por el contrario excitan los cen-

tros y las células dormidas; las impresiones de estos centros y de éstas células se combinan desproporcionadamente con otras y dan lugar a los sueños; su acción es después de la teoría de los de la droga. La anemia y la congestión del cerebro pueden traer sueños de una misma manera que los de drogas. Las visiones, las alucinaciones y las auras del ensueño y de la epilepsia pertenecen a esta misma categoría; los efectos precursores de la venidera tormenta excitan algunas de las células y de los centros, dando lugar de este modo a las auras; los efectos de la misma tormenta cerebral cuando mayor es su ataque, y en el período subsiguiente, traen a efecto las ilusiones.

Los sueños telepáticos difieren enteramente de los otros en sus causas y en sus efectos. Ellos retratan hechos actuales, los efectos de los cuales más tarde se realizan; muchas veces cúmplense al pié de la letra. Estos sueños son objetivos y no subjetivos; sus contenidos se comunican al que sueña por medio de la propagación de las ondas etéreas, de alguna clase, de la misma manera que la luz se transmite de los diferentes cuerpos siderales. En todas las mociones debemos tener nosotros un estímulo propio y un medio para transmitir las ondas de ellas; para la percepción de las mismas debe haber un recipiente que intercepte e interprete las ondas expelidas por el estímulo original. El hipnotismo exhibe estos caracteres a la perfección; el que está hipnotizado, aunque esté con los ojos cerrados vé y lee por medio del que los hipnotiza; vé e interpreta también los pensamientos extraños de los del hipnotizador; pues ha habido crímenes y cadáveres sepultados que han sido descubiertos por medio del Mesmerismo. El hipnotizador está en un sitio y vé aún a lo lejos estando con los ojos cerrados y sin ningún medio visible de comunicación; ésto sucede, porque él está en una condición favorable para propagar ciertas ondas al mundo externo, por medio de cierto medium y para recibir e interpretar las ondas que pasan por el espacio cerca de él.

Uno podría asegurar que toda célula viva existente, que toda molécula y que todo átomo viviente, emiten estas ondas específicas; la emanación de los rayos del radio ejemplífica este argumento. De esta manera podríanse explicar las ciencias ocultas; el sonambulismo es una condición similar y aliada.

El telégrafo inalámbrico y el teléfono son una modificación de éste principio; un cierto aparato recibe y transmite nuestros pensamientos creando y propagando ciertas ondas de distancias específicas y de vibraciones; éstas mismas ondas son interceptadas e interpretadas por un aparato especfico. Así vemos que nuestros pensamientos son transmitidos desde nuestro cerebro por medio de los espacios motores al aparato sin hilos, para ser transmitidas a otro, del cual los pensamientos son transmitidos por medio de los trechos sensoriales al area sensomotora de otra persona cualquiera.

¿No podrían haber otros canales para transmitir nuestros pensamientos al mundo exterior que nuestros trechos motores conocidos? No hay otros medios para transmitir éstos pensamientos, exceptuando el aparto sin hilos?

Seguramente que lo hay, porque el hipnotismo, ciencia oculta y el sonambulismo, son ejemplos perfectos de éstos. Las funciones fisiológicas de los lóbulos frontales del cerebro son conocidos muy vagamente; algún día ellos podrán desorrallarse y revelar sus maravillas desconocidas; pero hoy están en un estado latente. Un día vendrá en el que podremos leer los pensamientos de otros, con sólo aplicar una máscara especial o un aparato cualquiera para interceptar e interpretar las ondas emitidas del cerebro, como una consecuencia de su actividad.

La existencia de la telepatía es indudable; ésta ha aparecido en la historia bajo muchas formas, tales como la brujería, la magia, el augurio, etc. Como ya anteriormente se supuso, cada célula emite vibraciones específicas; éstas se propagan por medio de las ondas etéreas; la intercepción e interpretade éstas ondas requieran un medium especial. El sueño bajo ciertas influencias, (probablemente alguna afinidad química), hace al que duerme un medium favorable para interceptar las ondas telepáticas. Estas últimas pueden comunicarse de los muertos a los vivos; también pueden pasar igualmente de los organismos vivos de clases diferentes, tales como entre un perro y su amo. Los elementos en un estado naciente tienen mayor afinidad para combinar que los de otros estados; esta afinidad es por selección; esto es, que los elementos tienen mayor afinidad para unos que para los otros; ésta afinidad puede jugar un papel importante en la intercepción e interpretación de las ondas telepáticas.

Por qué cuando una persona está dormida no puede estar en un estado idéntico al del hipnotismo? Una vez en este estado es como un receptáculo apropiado para interceptar e interpretar las ondas telepáticas. Una persona estando a una distancia cualquiera concentra sus pensamientos en otra; esta concentración genera vibraciones específicas que se mueven como las ondas etéreas; la persona que es objeto de la concentración de la otra, por medio de corrientes imperceptibles es hecha un medium favorable para interceptar e interpretar las ondas telepáticas que dan lugar a los sueños telepáticos. Por la misma concentración fuerte de la mente, la imágen de la persona o del objeto de que se piensa se puede encantar; este proceso continúa enviando ondas especiales al objeto de la concentración mental; de éste objeto o de la persona se efectúa una reflección al lugar del estímulo original en donde el objeto es visto.

En conclusión se verá, que las dos teorías arriba expuestas existen en la raíz de todos los sueños o pesadillas. Las teorías de Ladd, de Montaigne y des Freud vienen bajo el compás de la teoría discutida bajo la letra (A), porque éstas solo son una fase de la actividad cerebral parcial en el estado de la inconsciencia. Una persona despierta desea y aspira alguna cosa fuera de sus medios para alcanzarla, y la imágen de ese algo inaccesible se imprime sin borrarse en los centros y en las células de su cerebro; éstas células mismas, y estos mismos centros pueden tornarse activos mientras q. la persona está dormida; y los eslabones de la asociación hacien-

do de conecciones a las ligeras lagunas del sueño, como un complemento; por la actividad de éstas células y de éstos centros se produce un sueño, el cual siendo modificado por los eslabones de la asociación, corresponde más o menos a los deseos y a las aspiraciones invocadas en el estado despierto. Este proceso viene sin embargo, bajo esta parte de la teoría (A), **en la cual dice así: "Mientras más participan las células y los centros en la creación de un cuadro del ensueño o de la pesadilla, más preponderan los artibutos de esa imágen en el nuevo cuadro, y vice-versa"**. La imágen de los deseos y de las aspiraciones invocadas en el estado despierto corresponden a una imágen real. Los sueños que se refieren algunas veces ser proféticos, vienen bajo el dominio de la teoría telepática. Hay sueños de una naturaleza mixta; éstos se forman de los elementos referidos en la teoría (A) y la (B). Entre el pueblo bajo hay una variedad de sueños llamados de apariciones; pero estos son atribuídos por la gente bajo a los espíritus que se han hecho fantasmas; aunque sin embargo, se pueden explicar estos muy fácilmente, combinando las teorías (A) y (B).

UN PAIS EN EL QUE LA PREVENCION DE LA PROLE ESTA SANCIONADA OFICIALMENTE.

Creo firmemente que un sociólogo o un economista en la seclusión de su estudio puede hacer un plan de reforma o de salvación social y que esté tan seguro de la correción de su premisa y del resultado de su esquema, como un ingeniero que prepara ciertos diagramas y cálculos de puentes y túneles en su estudio puede estar seguro de su corrección , sin haber construído aún los puentes y los túneles. La Sociología no es una ciencia exacta como lo son las matemáticas; más sin embargo, por medio de un cuidadoso razonamiento, allegándose a la materia de manera franca e imparcial; pesando los argumentos del pró y del contra, oyendo ávidamente las objeciones de la oposición y viendo si puede refutarlas o nó, así se puede estar seguro de la corrección de sus conclusiones y acercarse a la exactitud de las matemáticas.

Por muchos años yo he advocado por la limitación consciente y voluntaria de la procreación, como una de las medidas médicas más importantes, tanto para el bienestar individual, como para el colectivo, o sea el nacional. Dije cuantos beneficios proporcionaría y qué miserias evitaría. Refuté cada uno de los argumentos de mis oponentes, demostrando su nulidad y falta de lugar. Pero todo ésto era puramente teórico. Pude probar que mis puntos de vista eran lógicos e incontestables, pero solo fué en el papel. No podría yaseñalar los resultados actuales del desarrollo del tal esquema; y esto era un sitio débil de mi plan, porque, muchas veces sucede que cuando las teorías se aplican a la práctica, no importa cuán bellamente lógicas éstas sean, hay siempre un impedimente imprevisto que surge de alguna parte y dichas teorías se niegan a trabajar tal como uno se había anticipado a creer que obrarían. Por esto yo me alegré en extremo cuando supe que había en el mundo civilizado, al menos un país en el cual la

prevención de la procreación y de la prole estaba sancionado legalmente; que había un país que estaba haciendo exactamente lo mismo por lo que yo advoqué, que se hiciera aquí por muchos años, en fin, que los médicos y las nurses visitantes deberían instruir al pueblo en los métodos de la prevención y suplir gratis estos medios a los pobres; y en el cual los resultados han sido exactamente los mismos que yo señalé; el mejoramiento de la salud general del pueblo, el decaimiento de la mortalidad al más bajo tipo en Europa; las nacidos ilegítimos han disminuído, la inmoralidad sexual no ha aumentado y la pobreza y las varias formas de degeneración están aminorándose decididamente.

Los extranjeros en un país están aptos generalmente para aumentar el valor de las cosas buenas que encuentran en otro, y por esto yo le he pedido al Dr. J. Rutgers de La Hague, Holanda, uno de los trabajadores más infatigagles por la causa de la limitación de la procreación entre los pobres, para que escriba un trabajo breve de la propaganda hecha por la Liga Neo-Maltusiana en Holanda. El me escribió su trabajo en inglés, y yo lo reproduzco en sus mismas palabras, con sólo algunas correcciones del estilo.

LA LIMITACION CONSCIENTE DE LA PROLE EN HOLANDA.

POR EL DR. J. RUTGERS,

LA HAGUE, HOLANDA.

El reino de Holanda, que antiguamente se conquistó por sí mismo la libertad de España, es quizás el único país del mundo en donde la libertad de la palabra y de la prensa no es una ficción. Por la primera vez, nosotros tuvimos en 1911 un gobierno clerical, y pasado que fué un "bill" (proyecto de ley) prohibiendo la diseminación del Neo-Maltusianismo, publicamente o cuando no era necesitado. En las elecciones subsiguientes fué derrotado ese minesterio. Nuestro trabajo no se paralizó. Todas las opiniones son admisibles por la ley y por el correo, excepto las criminales y las obscenas. La limitación de prole se discute tan libremente como la fecundación artificial. La regulación consciente de la procreación de uno, de acuerdo con los medios de vida y de educación de uno, y de acuerdo también con los deseos individuales, y por último, no menos con la salud y la energía de los padres, se está predicando libremente en Holanda, como una precaución de sentido común, como una cosa de curso y de plan. Así Holanda es la mejor prueba de los resultados que deja cuando se discute publicamente y no está impedido por la ley el Neo-Maltusianismo.

La gente inteligente y buena adoptó al principio y en seguida el principio de la propaganda; lo escogido de la clase trabajadora lo siguió después, Luego sobrevino el peligro de que los que estaban indispuestos para multiplicarse y eran los que se multiplicaban crecidamente; mientras que los que estaban dispuestos para hacerlo, no se multiplicaban en la progenie con la misma rapidez y la misma proporción. Por esto la Liga Neo-Maltusiana dobla ahora en Holanda sus esfuerzos para po-

der transar esta cuestión transicional, y por espacio de doce años ha estado trabajando nuestra Liga, principalmente entre las masas obreras, en donde la información también ha sido bienvenida tan pronto ha sido conocida y ha llegado a su alcance. En estos últimos años, aún la mujer pobre propiamente implora nuestra ayuda para obtener las aplicaciones gratuitamente.

En nuestra experiencia sabemos que primero se pregunta para mantener y sobrellevar la norma de la vida para proporcionar a los hijos, de todas las necesidades y de una educación buena; segundo, para economizar la salud de la madre. Especialmente entre la clase media y entre la clase obrera asalariada, la educación de los niños es muy cuidadosa ahora; y traer la alegría en donde reinaba la ansiedad antes, y la escasez son las cuestiones resueltas. Hoy la prole es una bendición, no una maldición; los hijos son bienvenidos, o no deben ser nacidos. Según antes la muerte de los niños era un alivio para los padres, como a menudo he notado, hoy por el contrario, los padres están ansiosos por todo aquello que concierne la buena salud de sus hijos. Con este respecto, una acción recíproca puede observarse y es: que en familias en donde los niños son procreados cuidadosamente éstos son cuidados con atención y procreados con atención.

De esta manera hay muy pocos países en el mundo en el cual el promedio de muerte infantil en los primeros años de vida haya bajado tanto como en Holanda, proporcionalmente con el promedio de natalidad; nuestro sobrante de nacimientos sobre las muertes está entre los más elevados del mundo, según demuestra el Dr. C. V. Dyrsdale, en sus diagramas estadísticos. Verdaderamente, que la prudencia de los padres no es un suicidio de la raza, como podría suponerse a priori. Los datos estadísticos de Holanda, que no pueden ser negados, prueban que el Neo-Maltusianismo en la práctica es un factor del mejoramiento de la raza. Esto lo vemos en todos los casos. Los ricos siendo una gente perezosa, demasiado amantes del lujo, y muy egoístas, no desean descendencia alguna, y mueren sin dejar una prole. La gente pobre que es demasiado miserable en su estado de tal se privará de tener hijos, desde el momento que las leyes prohiben el trabajo asalariado para los niños. Toda madre que se sienta ella misma débil, exhausta y llena de sufrimientos prohibirá la procreación; sólo los individuos que se sientan felices, eficientes, enérgicos, con una buena salud, gente en fin, que tiene un buen humor y que ama a sus hijos de corazón, sólo estas personas podrán procrearse; esto es tan solo lo que nosotros queremos. Es una selección consciente, no una selección brutal y natural. Este es el mismo principio que han seguido los criadores de las razas en el reino animal, y el que han seguido los jardineros en el renino vegetal hace mucho tiempo; no hay mejoramiento de la raza sin el decrecimiento del número; sólo en los seres humanos es que la madre por sí misma es la que está consciente si se siente suficientemente bien para esta altísima misión entre las misiones: la de la concepción. ¿Cómo puede suponerse que la ignorancia y el descuido podrían ser

más propicios para el futuro de la raza que la consciencia inteligente?

La Liga Neo-Maltusiana ha trabajado durante 33 años en Holanda para en esparcir sus conocimientos. El Sr. S. Van Houten, después Primer Ministro, preparó la opinión pública desde el año 1877, y fué fundada en Amsterdam la Liga, por el Sr. C. V. Guerritsen, un estadista y conocido hombre de negocios, en el año 1881, cuatro años después de la inauguración de la primera Liga Neo-Maltusiana, en Longon, creado el Dr. C. R. Drysdale, Sr.

Esto fué un nuevo despertar de la conciencia del pueblo en cuestiones del sexo, en contra de la ignoracia y del oscurantismo. La primera mujer doctora en Holanda, la señora Dr. Aletta H. Jacobs, fué el primer doctor que dió información gratis a las mujeres pobres en Amsterdam. Nuestro cuartel general en La Hague y nuestras susdivisiones en las poblaciones mayores están repartiendo pamfletos y hojas sueltas, el pamfleto especial que suministra la información práctica en la prevención de la concepción, se dá tan solo a las personas casadas cuando lo piden. Doquiera hacemos nosotros nuestra propaganda por medio de lecturas públicas; pero el trabajo esencial de misiones se hace privadamente, y con modestia; a menudo inconscientemente, demostrándoles felices resultados en sus mismas familias, por los 5,000 miembros de nuestra Liga que están esparcidos por el todo el País, entre los cuales hay los médicos, clérigos, maestros, etc. La información del día es solicitada por cartas, y más aún por nuestras cartas postales impresas; toda esta información suministrándose de costo y franqueo gratis. Casi todos los jóvenes médicos y las comadronas están dando información y así ayudando a las madres en los casos en el que es necesario a causa de indicaciones patológicas. Más aún; nurses especiales están instruídas para ayudar a las mujeres pobres. Los medios fuera de peligros está tomando el lugar de abortos peligrosos, más y más. Así, por la libertad nuestra de dar información meramente hemos alcanzado los resultados desados, comprobados tan brillantemente por los datos estadísticos de nuestro país.

Verdaderamente que hay abusos; pero los abusos del conocimiento nunca son tan enormemente desastrosos como los abusos de la ignorancia. Y la Higiena es la forma más alta de la Moral...

SIFILIS E INSANIA.

Las conclusiones a que llega el Or. Savage de Londres, deducidas de su gran experiencia en hospitales y en su práctica privada, es que la sífilis es la dominante, sinó la sola causa de las parálisis generales de los locos. La sífilis es una de las causas en los defectos mentales congénitos; detiene el desarrollo saludable del cerebro, y entorpeciendo el desarrollo que por los sentidos acarrea a una educación defectuosa. Ocasiona las convulsiones que se establecerán más tarde como apilepsia o se manifestarán en una debilidad mental. Puede también afectar al desarrollo moral del individuo; así ob-

serva Savage que muchos de sus pacientes con herencia sifilítica eran con frecuencia defectuosos moralmente de una u otra manera, e incapaces de reconocer sus deberes sociales. La sífilis como causa de la hipocondiasis acarrea al paciente que la padece, estigmas específicos, a creer que se sospecha de él llevándolo a un estado de conclusiones por sospecha, melancolía y hasta el suicidio. La sífilis congénita es seguramente la causa de la parálisis general de los adolescentes. Por lo común las parálisis generales, la ataxia locomotríz con síntomas mentales, se encuentran asociados en toda la experiencia de Savage con una historia sifilítica. Además del estar afectos de la sífilis, hay gran número de herencias dependientes de depresiones arteriales que acusan depresiones cerebrales generales o síntomas localizados como reblandecimiento o ataques epilépticos.''

Del **Practitioner**, London, May.

CURACION DE LA GONORREA EN DIEZ PRUEBAS,

por el Dr. C. M. Whitney, Boston.

''Para determinar la curación de la gonorrea en un individuo el Dr. Whitney menciona diez pruebas y las considera todas de la misma importancia. Exámen del flujo, y de la orina; exámen instrumental de la uretra, exámen uretroscópico; exámen de la próstata y vesículos; prueba por el alcohol y el coito; flujo inducido por antisépticos irritantes; exámen bacteriológico de la secreción prostática y vesicular por cultura y película con fijación del complemento''.

Del Boston Medical & Surgical Journal. May.

La fundación de los métodos de diagnóstico en cirugía genito humana es el uro-análisis. En el cistouretroscopio de Bwerger tenemos un instrumento que nos proporciona datos exactos del cuello vesical y de la uretra posterior. El progreso de perfección alcanzado relativamente en la técnica y en la cirugía del riñón, de la uretra y de la vejiga han hecho del uso del uretroscópio y el cáteter uretral una necesidad en el diagnóstico de toda lesión renal uretral o de la vejiga; así como el diagnóstico deferencial de muchas condiciones intraabdominales. Los métodos más modernos para la determinación de la actividad o capacidad primordial de los riñones incluyendo la crioscopia, la determinación de la conductividad eléctrica de la orina; la producción de glicosuria transitoria, por la inyección subcutánea de florizina; la producción de poliuria experimental y cromocistoscópia o la eliminación por el riñón de ciertas substancias colorantes como azul de metileno, ... y fenolsulfonaftalina. La Pielografía se hace indispensable para demostrarnos la pelvis renal en su estado normal; el grado de dilatación de la pelvis patológica; la posición del desague de la pelvis renal; la condición de los cálices y pirámides, localización de sombras dentro del riñón; la diferenciación entre tumores abdominales y sombras extrarenales; deformidades conjuntas del riñón y la condición de los uréteres.

Dr. H. W. E. Natther.

Lousiana State Medical Society, April, 1914.

CONFERENCIA.

El lúnes 15 del corriente mes disertó el Dr. J. S. Belaval en el Gimnasio del Y. M. C. A., y ante los alumnos sobre el escabroso pero interesante tema: "La Impotencia Sexual en el Hombre, y sus Causas". Fué oído con interés por aquellos jóvenes e indudablemente derivarán algún beneficio de sus saludables concejos.

SOCIAL

EL DR. NOVY.

El día 15 de los corrientes se reunieron en el salón de la Asociación varios compañeros quienes habían tenido la noticia de la llegada a esta Isla del eminente bacteriólogo norte-americano el Dr. Frederick G. Novy, Profesor de la Universidad de Michigan, y conocido hombre de ciencia en el mundo entero. Trataron estos compañeros de el recibimiento que se le haría a tan ilustre huésped, habiéndose decidido que la Asociación Médica daría una reunión social en sus salones, al objeto de saludar y conocer a nuestro distinguido compañero. Igualmente se decidió dar un banquete en su honor, al cual se invitaría a todos los miembros de nuestra profesión en la Isla, nombrándose una Comisión compuesta de los Dres. Walter A. Glines y el Dr. José S. Belaval, para entender en las preparaciones necesarias para este objeto.

Esta Comisión notifica que se haga extensiva a la profesión médica de Pto. Rico esta iniciación, y encarece a todo aquél médico que desee asistir a dicho banquete, que se dirija a ella con el objeto de hacer una lista aproximada de los comensales. La fecha de la recepción y del banquete será anunciada oportunamente.

EL DR. SALDAÑA.

Este distinguido clínico embarcó para los Estados Unidos hace varios días para asistir a la graduación de uno de sus hijos en la Academia de Worcester, Massachussetts, Estados Unidos. También asistirá el Dr. Saldaña a las reuniones de la Asociación Médica Americana en la ciudad de Atlantic City el 22 de Junio de Junio, como representante extraoficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Le deseamos una grata permanencia en aquél país en unión de su distinguida familia.

EL DR. J. GOMEZ BRIOSO.

El Dr. J. Gómez Brioso, se halla recogido en cama a causa de una ligera dolencia que le aqueja. Sentimos la enfermedad del compañero distinguido y amigo, de la que deseamos salga pronto en franca convalescencia.

EL DR. AVILES.

Este conocido cirujano de San Juan, embarcó para los Estados Unidos el día 17 del corriente mes, con dirección a la ciudad de Atlantic City, E. U., en donde asistirá a la Asamblea Anual de la Asociación de Cirujanos Americanos con el objeto de recibir su diploma como tal miembro de dicha científica asociación. El Dr. Avilés ha sido el primer cirujano de Puerto Rico que obtiene tan meritoria distinción por la cual le felicitamos efusivamente.

DRES. LAUGIER Y VEGA.

Acaban de regresar de los Estados Unidos los mencionados jóvenes, quienes obtuvieron con brillantes notas el diploma de doctor en Medicina y Cirugía en el Colegio de "Physicians y Surgeons", de Baltimore, Maryland, E. U. Ellos regresan a su país natal con el corazón henchido de esperanzas y de buenos deseos, y sin duda alguna serán una valiosa adhesión a nuestra notable clase médica. Les felicitamos colurosamente y les deseamos extraordinario éxito en el ejercicio de nuestra noble profesión.

DR F. DEL VALLE ATILES.

Este distinguido compañero embarcó para los Estados Unidos en viaje de recreo y a asistir a la graduación de uno de sus hijos en la Academia Naval de Annápolis, Maryland, E. U. Nuestro querido compañero, Editor de esta Revista, tiene la satisfacción de ver graguar a su hijo, quien entra a formar parte de la honrosa oficialidad de la Armada Americana. Nosotros congratulamos al Dr. del Valle, por el merecido honor que hoy alcanza su inteligente hijo, por lo cual le deseamos felicidad en su viaje.

Room 25

AÑO X JULIO 1914. NUM. 100

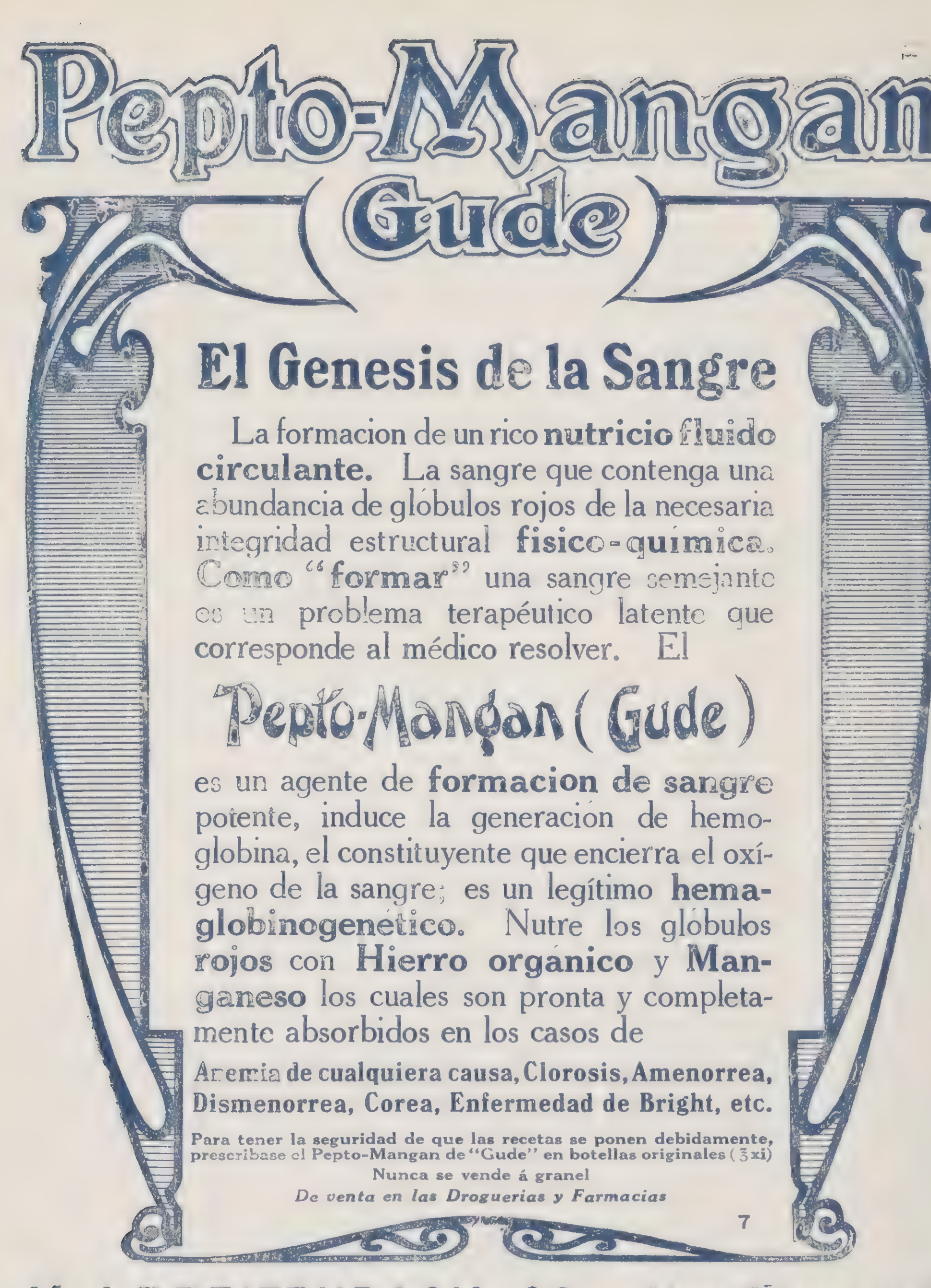
BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL PUBLICACION MENSUAL

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL EDITOR.

De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica.

Redacción: Luna 41. Box 1306. San Juan, Puerto Rico.


Pepto-Mangan
Gude
El Genesis de la Sangre
La formacion de un rico nutricio fluido circulante. La sangre que contenga una abundancia de glóbulos rojos de la necesaria integridad estructural fisico-química. Como "formar" una sangre semejante es un problema terapéutico latente que corresponde al médico resolver. El
Pepto-Mangan (Gude)
es un agente de formacion de sangre potente, induce la generación de hemoglobina, el constituyente que encierra el oxígeno de la sangre; es un legítimo hemaglobinogenético. Nutre los glóbulos rojos con Hierro orgánico y Manganeso los cuales son pronta y completamente absorbidos en los casos de
Anemia de cualquiera causa, Clorosis, Amenorrea, Dismenorrea, Corea, Enfermedad de Bright, etc.
Para tener la seguridad de que las recetas se ponen debidamente, prescríbase el Pepto-Mangan de "Gude" en botellas originales (℥xi)
Nunca se vende á granel
De venta en las Droguerias y Farmacias
7
M. J. BREITENBACH CO., NEW YORK, U.S.A.

SUMARIO

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

Presidente: Bailey K. Ashford, M. D., San Juan, P. R.

Vice Presidente: Pedro Malaret, M. D., Ponce, P. R.

Tesorero: Jacinto Avilés, M. D., San Juan, P. R.

Secretario: Jorge del Toro, M. D , San Juan, P. R.

CONCEJO

Pedro Gutiérrez Igaravidez, M. D., San Juan, P. R.

Manuel Quevedo Báez, M. D., San Juan, P. R.

Eliseo Font y Guillot, M. D., San Juan, P. R.

Editor del Boletín: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.

Auxiliar Editor: Esteban García Cabrera, M. D.,
San Juan, P. R.

BOLETIN
DE LA
Asociacion Medica de Puerto Rico.

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO X. JULIO 1914. NUMERO 100.

ASPECTO MEDICO-LEGAL DE LA SE RO DIAGNOSIS DE ABDERHALDEN

POR EL DR. FCO. DEL VALLE.

Entre las varias cuestiones que el perito médico-legal está llamado a resolver es de gran importancia la relativa a la preñez. Declarar que una mujer está o no en cinta no es cosa fácil siempre, cuando la embarazada no quiere confesar su estado, o por el contrario tiene empeño en simularlo.

En nuestra práctica, sin tratarse de problemas médico-legales, hemos tenido ocasión de comprobar casos en los que una embarazada ha sido tratada médicamente por todo el período de su embarazo por afecciones que terminaron con un alumbramiento no sospechado, causando grande sorpresa en la familia y también alguna mortificación para el práctico.

Por el contrario, recordamos el caso de una joven soltera, la que fué víctima de la sospecha de embarazo por mucho tiempo, hasta que cesando una retención menstrual pertinaz y con ella los síntomas sospechosos, la joven pudo recabar su reputación quebrantada.

De estos casos y de otros de jóvenes que han logrado disimular su embarazo hasta la última hora, está llena la historia de la práctica profesional de todos los países.

Ahora bien; si en tales casos sufre solo la reputación del médico, como no haya envueltos intereses en la solución del problema. el error no tiene la trascendencia que alcanza cuando de una declaración del perito depende el reconocimiento de la paternidad o la posesión de una herencia, y el asunto no es baladí, puesto que existen estados patológicos capaces de confundirse con el de la preñez; tales como las preñeces falsas o afetales, las preñeces nerviosas descritas por Chauton, Mauriceau, Gerard de Lyon, Baudelocque, Tardieu y otros que pueden, aún tratándose de mujeres que han parido, ser ocasión de estos errores; éstos a veces carecen de transcendencia ;pero en algunos casos la tienen, ya porque afectan a la reputación de una mujer pura, ya porque serviría para condenar a un inocente.

Estas preñeces falsas entre ellas las que se conocen con los nombres de sarco-histéricas, hemato-histéricas, hidro-histéricas, gas-histéricas; los pólipos intersticiales, hidropesía, el infarto escierroso de los ovarios, la timpanitis, la hipertrofia de las vísceras abdominales, los tumores del epiplón y del mesenterio, son otros tantos estados que han podido confundirse con una preñez.

En ciertos casos el problema que se presenta a la solución del práctico es determinar que la mujer no está en cinta, lo cual es en ocasiones más difícil que declarar que está en cinta. No se puede en muchos casos llegar a una conclusión porque la ausencia de síntomas no la autoriza; mientras que la presencia de los signos ciertos de preñez decide para la afirmativa.

De la somera reseña que hemos hecho, se deduce que el problema para el médico llamado a resolver la cuestión del embarazo cierto o falso, no es, o mejor dicho, no era tan fácil que pudiera descuidarse ningún detalle; y, sin embargo, de la declaración pericial dependían responsabilidades y el reconocimiento de los derechos hereditarios de una persona. Una simulación de preñez es uno de los casos en los que es necesario decidir afirmando que no existe tal embarazo, y por el contrario de la certeza de existir un embarazo depende el que queden protegidos los intereses de una joven seducida o de una viuda.

Todas las alteraciones de orden moral y físico que experimenta la mujer en cinta, incluyendo los cambios de carácter, cambios de fisonomía, trastornos del aparato digestivo, hinchazón de las mamas, del vientre, cambios en las partes genitales, faltas, presencia de la keistina, no han bastado para que ocurran equivocaciones lamentables del diagnóstico.

Ahora bien; el estado actual de esta cuestión ha cambiado por completo desde que se ha comprobado que la reacción de Abderhalden es un signo cierto de embarazo. Aunque el nuevo procedimiento data de fecha reciente, en algunos países, principalmente en Alemania e Italia, es objeto de seria consideración. La reacción de Abderhalden es positiva desde el principio de la gestación, y se hace negativa desde el tercero o cuarto día después del alumbramiento, haya o no tenido éste lugar a término. En estos hechos tenemos, desde el punto de vista clínico y médico-legal, una base cierta para resolver las cuestiones más delicadas respecto al estado.

El poder proteolítico del suero sanguíneo de una mujer en cinta, que es a lo que parece como una defensa del organismo contra las albúminas extrañas adquiridas en ciertas condiciones experimentales o patológicas, se desarrolla en el embarazo y en el curso de las metastasis cancerosas, pero es en estos últimos casos no se trata de albúminas extrañas al organismo, sino de fragmentos de corion y de tumores epiteliales ante los cuales la sangre adquiere el poder proteolítico; fenómeno específico parecido al de la producción de anticuerpos, etc.

La reacción de Abderhalden no ha dejado de manifestarse en ningún caso en que la técnica ha sido cuidadosa, y se han empleado fragmentos coagulados de placenta absolutamente exentos de los productos de descomposición de la albúmina: suero sanguíneo obtenido recientemente y desprovisto de hemoglobina y de glóbulos rojos y se ha tenido el cuidado debido con la diálisis.

Las conclusiones a que se ha llegado con esta reacción son: que es positiva desde el principio del embarazo, que dura hasta catorce días después del alumbramiento; y que en los casos de embarazo extra uterino es un medio precioso de diagnóstico, a condición de que el huevo no esté englobado; y cuando la hoja ectodérmica se encuentra todavía en contac-

to activo con el organismo materno; siendo negativo en embarazos extra uterinos avanzados. Se vé por lo expuesto que el aspecto médico-legal de las cuestiones relativas al embarazo ha alcanzado con la reacción de Abderhalden una precisión que contrasta con la inseguridad de tiempos anteriores; y ella ha venido a desterrar de la práctica corriente las equivocaciones y las dudas que hacían difícil la situación del médico ante la familia y ante los tribunales de justicia cuando es llamado a informar en tan delicada materia.

CONSIDERACIONES SOBRE LA BENEFICENCIA MUNICIPAL DE SAN JUAN.

POR EL DR. JOSE S. BELAVAL.

Triste es tener que consignar, que cuando más afanados nos encontrábamos en nuestra obra de reorganización de los Hospitales Municipales de San Juan, circunstancias especiales que no viene al caso comentar paralizaron nuestra marcha. Deseábamos terminar el año económico pasado, y exponer en un informe anual completo y claro, el estado demostrativo de la hermosa obra que allí comenzaba a realizarse. Desgraciadamente aquella institución que debiera ser el orgullo de la Administración Municipal por cuyo crédito y engrandecimiento velasen todos, fué por el contrario el centro contra el cual se dirigieron todas las intrigas políticas del ejecutivo municipal, sin tener en cuenta dicha autoridad que el descrédito de aquel departamento implicaba el suyo prpoio.

No fué que se le hiciese un ataque abierto y franco, sino que se adoptó una actitud de resistencia pasiva para subvenir a las necesidades más perentorias de aquellos establecimientos, a tal extremo, que obras necesarias y modificaciones urgentes que fueron sugeridas en el anterior informe anual de la Dirección, y tendentes al mejoramiento y reorganización de dichos hospitales, pasaron desapercibidas y ninguna se ejecutó durante el ejercicio económico del 13 al 14.

Es opinión nuestra que mientras la política juegue el papel principal en una instiución de esta índole, y se tomen en cuenta los servicios electorales de las personas antes que su capacidad para el puesto que hayan de desempeñar, el progreso de estos establecimientos se estancará y los esfuerzos de todas aquellas personas que desinteresadamente se proponen adelantarlos y mejorarlos, se estrellarán ante la indiferencia de los políticos, quienes sólo ven en aquel departamente municipal un resorte utilizable para dar empleo a sus favorecidos, y no una institución cuyo fin primordial debe ser el tratamiento científico de las enfermedades que aquejan a la humanidad.

Estos defectos de nuestros organismos municipales, no tendrán remedio alguno hasta tanto que la dirección de esas instituciones benéficas se ponga, como lo están en otras partes del mundo, bajo el control de un "Board de Trustees", encargado de

su administración y dirección, cuyo Board velara única y exclusivamente por el bienestar y progreso de la institución, separándola así, de las manos de un Alcalde, acaso influído por apasionamientos o intereses de partido, y que pretenda utilizarla como instrumento político o con miras puramente sectarias.

Los Hospitales Municipales de la Ciudad de San Juan están llamados a ser, bajo una organización apropiada, el centro médico quirúrgico, no ya sólo de nuestra Isla, sino también de algunas Antillas y Repúblicas Centro Americanas. Ellos habrían de ser también el Centro de nuestras Clínicas, donde todos los médicos fuéramos a estudiar y a recoger observaciones prácticas de nuestras modalidades patológicas; siendo de imprescindible necesidad dotarlos con todos los adelantos modernos para el tratamiento de los enfermos allí recluídos; y muy principalmente, reorganizarlos sobre base sólida de disciplina y respeto independiente por todos conceptos de influencia o dirección política alguna. De no hacerlo así, el Municipio de San Juan permitirá negligentemente que esa bienhechora obra ya comenzada, se destruya y pase a ser un Hospital a la antigua, donde sólo los tristes indigentes pueden encontrar una cama y un tosco bocado de alimento con que terminar los días de su mísera existencia.

Muy doloroso es, para todos cuantos nos hemos niteresado por el bienestar de aquella institución y que hemos soñado con su engrandecimienot científico, verla destruirse paulatina e irremediablemente, desvaneciéndose así nuestros ensueños. ¿De qué ha de valer mañana al Municipio de San Juan haber gastado miles de dólares en la construcción de esos edificios, si no ha de proveer anualmente una cantidad apropiada para su reparación, y los vé destruirse con criminal negligencia? ¿De qué ha de valer, repito, al Municipio de San Juan gastar buenas sumas en empleados y en médicos capaces para la institución, si más luego ha de escatimarles los elementos necesarios para llevar a cabo la ardua labor que se le exige, votando cantidades ridículas para mobiliarios, aparatos, instrumentos quirúrgicos, etc., etc.? De continuar así, aquello irá al fracaso seguro y nosotros creemos que al cuerpo médico de San Juan interesa poner en juego todas sus influencias para evitarlo; precisa que se llame la atención del Municipio sobre el anterior problema; que se le estimule y comprometa a realizar un esfuerzo sobrehumano hasta llegar a hacer de los Hospitales Municipales una institución digna de la cultura del pueblo de San Juan y a la altura de sus necesidades. Cierto es que muchas reformas habrían de implantarse para conseguirlo, pero ellas se imponen por la fuerza de las circunstancias y es preciso realizarlas; en caso contrario, la profesión médica de San Juan se verá obligada a fomentar una clínica particular, donde puedan tratar debida y cuidadosamente la clientela particular.

Aunque no es mi intención entrar en los detalles de una organización de beneficencia municipal para San Juan, voy sin embargo, a permitirme hacer algunas consideraciones sobre el asunto, y trazaré a grandes rasgos las modificaciones que a mi juicio se imponen en el actual sistema.

En primer término, la capacidad de los Hospitales Municipales, no está en relación con el número de habitantes de la ciudad, y es por lo tanto imprescindible

aumentar las camas públicas, debiendo para ello dedicar los departamentos de pago en los Hospitales de Medicina y Cirugía a salas para el tratamiento de enfermos pobres adultos, de carácter agudo o crónico con exacerbaciones agudas.

Construcción de un pabellón para el tratamiento de las enfermedades de los niños y para partos, servicios ambos de importancia suma y que hoy se atienden en dos pequeñas salitas de capacidad y condición inadecuada al objeto.

Construcción de un pabellón para enfermos privados con una reglamentación adaptable y en armonía con la educación y costumbres de nuestras clases acomodadas independiente por completo de los edificios públicos.

Unidos a los anteriores servicios y según tuve el honor de indicar en el informe anual del año pasado al H. Alcalde de San Juan, debiera establecerse una verdadera policlínica o dispensario en conección con los Hospitales donde diariamente se prestasen servicios médicos quirúrgicos a los enfermos pobres, en todas las ramas y especialidades de la ciencia médica. Las ventajas que una policlínica bien establecida puede reportar, son inapreciables; ellas funcionan en todos los Hospitales del mundo con espléndido resultado; en ellas se seleccionan casos importantes que deben ser estudiados y hospitalizados, e igualmente reciben tratamiento y son observados los enfermos después de su salida de los Hospitales hasta terminar su curación, obteniéndose así resultados permanentes, efectivos y satisfactorios para elenfermo y para el facultativo que les trata.

Para todos estos servicios es imprescindible el establecimiento de una buena escuela de enfermeras con todos los medios necesarios para la enseñanza, oficialmente reconocida, como la que se estableció por cuenta del Gobierno Insular y la que fué destruída repentinamente, dejando a los Hospitales huérfanos de elemento tan principal en su organización y marcha. Si aquella escuela adolecía de defectos graves debieron corregirse. Si ocurrían abusos debieron impedirse; pero nunca suprimir la institución bienhechora que empezaba a fomentarse y que tantos servicios prestaba y había de prestar a la beneficencia pública.

Para completar esta reorganización de los Hospitales se impone un servicio de ambulancias, que rápidamente trasporte los heridos y demás casos urgentes, a la sala de accidentes que deberá establecerse en los Hospitales a cargo del médico de guardia que allí ha de haber constantemente. Así terminaríamos con los mal llamados Cuartos de Socorros que sólo son un antro dei nfección donde algunas veces se causa al enfermo de emergencia más daño que bien, daño que es necesario reparar más luego en el Hospital ocasionando sufrimientos al enfermo y gastos indebidos a la Municipalidad. Estos Cuartos de Socorro tal cual están organizados hoy día en San Juan y en casi toda la Isla, no responden bajo concepto alguno a las necesidades de su creación, y son por el contrario una constante infracción de las modernas prácticas médico-quirúrgicas. Hablo con esta claridad, porque he tenido ocasión de asistir durante el tiempo de mi dirección en los Hospitales Municipales, un buen número de casosde emergencia procedentes de los Cuartos de Socorros y que a decir verdad había sido tratados cuando menos, negligente e ignorantemente.

El espectáculo ofrecido en el Cuarto de Socorro de San Juan la noche de la triste catástrofe del Teatro Municipal, era bochornoso y ponía de manifiesto una negligencia crasa por parte de las autoridades municipales. Si un caballero de corazón magnánimo no hubiese puesto a disposición de esas desgraciadas y tiernas víctimas el material de su farmacia, todo hubiera escaseado allí; apenas encontraban las jeringuillas hipodérmicas, etc.; y podría argüírsenos que por el repetino número de pacientes se ocasionaron confusiones que entorpecieron la marcha del trabajo; pero conozco orto caso, el de nua dignísima señora, que habiendo sufrido un grave accidente fué llevada a las diez de la mañana al Cuarto de Socorro de Santurce, donde la encontró pocos instantes después un distinguido compañero nuestro, quien tuvo qeu trasoprtarla en su propio automóvil a los hospitales porque en aquel Cuarto de Socorro y a aquella hora no hubo nadie para atenderla, ni material ni instrumentos adecuados para practicar debidamente la primera cura. Esto ocurre constantemente; todos los médicos lo sabemos y estamos en la obligación de pregonarlo muy alto, para que se corrijan tales defectos en beneficio de los desgraciados que allí tengan que concurrir. Y no se trate de arrojar la responsabilidad y culpa de estas deficiencias sobre los médicos titulares directores *in nomine* de los distintos Cuartos de Socorro; pues todos conocemos perfectamente que a pesar de sus loables esfuerzos no consiguen lo necesario para esos departamentos y además ellos están recargados con las múltiples ocupaciones de sus respectivas titulares, que les impiden en la práctica ocuparse debidamente de dichos cuartos de socorro; estos locales por lo general están a cargo de un practicante más o menos inteligente, quien en muchas ocasiones delega aún su obligación en el sirviente que allí limpia o en el primer aficionado que se le ofrece.

Es indispensable terminar con esa inútil y perjudicial organización, enviando todos los enfermos de emergencia a los hospiatles, y dejando esos Cuartos de Socorro como meros consultorios en San Juan y Puerta de Tierra, auxiliares de lo policlínica que se estableciera en los Hospitales de Santurce.

Organizados los Hospitales sobre las anteriores bases el servicio domiciliario a pobres podría reducirse a un mínimum, o sea al tratamiento de los casos crónicos, pudiendo un sólo médico efectuarlo con comodidad en cada distrito. Los enfermos de carácter agudo y crónico no retenidos en cama, asistirán a la policlínica y aquellos que lo necesitasen serían hospitalizados.

Todos los que hemos sido médicos titulares sabemos cuán estériles resultan nuestros esfuerzos y los escollos con que tropezamos en el cumplimiento de nuestros deberes. Es imposible materialmente que con la poca observación directa que nos es dado hacer de los enfermos pobres en sus casas lleguemos con frecuencia a un correcto diagnóstico; pero aún admitiendo que lo hagamos en algunos casos, ¿tenemos la seguridad que haya alguna persona al lado del enfermo capaz de poner en práctica nuestras prescripciones y consejos? La gran mayoría de las veces, no; suponiendo más aún, que tengamos la suerte de que así sea, ¿tienen recursos esos infelices para suplir a sus enfermos la alimentación apropiada y el tratamiento higiénico que su dolencia requiere? Indis-

cutiblemente que no, y yo tengo el pleno convencimiento de que, el 75 al 80 por 100 de los trabajos de los médicos titulares y del dinero empleado por el Municipio en estos servicios domiciliarios, son trabajos estériles, y el dinero es tirado sin que redunde en beneficio alguno para nadie; por ello me he pronunciado siempre en el sentido de reducir a su más mínima expresión dicho servicio domiciliario a los pobres y en cambio abogo con todas mis energías por la extensa hospitalización de nuestras clases proletarias enfermas, porque considero que sólo así puede tratárseles con resultados satisfactorios para ellos, procurando curarles en el menor tiempo posible, para que vuelvan a ser seres útiles a su familia y a la sociedad.

A continuación anoto algunos datos estadísticos de los Hospitales Municipales de San Juan correspondientes a los primeros nueve meses del año económico 1913 al 1914 que estuvieron bajo mi dirección. Estos datos ponen de manifiesto el excelente trabajo llevado a cabo por el inteligente cuerpo médico de los Hospitales, y sólo a la laudable perseverancia de dicho cuerpo se deben los resultados obtenidos.

DATOS ESTADISTICOS.

Enfermos admitidos a los Hospitales desde Julio 1913 a Marzo 914, ambos inclusive

Pudientes	227
Pobres	886
Total	1.113

Enfermos pobres dados de alta durante el mismo período de tiempo y clasificados como sigue:—Por edades y sexos.

CLASIFICACION POR EDADES	MEDICINA		CIRUGÍA		PARTO	RESUMEN		
	V	H	V	H	H	V	H	Total
De 1 a 10 años	9	9	21	9		30	18	48
" 11 a 20 "	35	29	51	27	34	86	90	176
" 21 a 30 "	68	49	120	49	67	188	165	353
" 31 a 40 "	35	21	50	30	8	85	59	144
" 41 a 50 "	26	12	33	23	1	59	36	95
" 51 a 60 "	15	4	14	6		29	10	39
" 61 en adelante	8	2	7	2		15	4	19
Sumas	196	126	296	146	110	492	382	874

Clasificación por razas

	MEDICINA		CIRUGÍA		Partos	RESUMEN		
	V	H	V	H	H	V	H	Total
Blancos	133	87	183	98	66	316	251	567
De color	63	39	113	48	44	176	131	307
Total	196	126	296	146	110	492	382	874

Clasificación por residencia

RESIDENCIAS	MEDICINA		CIRUGÍA		Partos	RESUMEN		TOTAL
	V	H	V	H	H	V	H	Total
San Juan	88	40	92	34	26	180	100	280
Santurce	66	61	111	66	57	177	184	361
Puerta de Tierra	27	21	70	34	25	97	80	177
La Isla	15	4	23	12	2	38	18	56
Total	196	126	296	146	110	492	382	874

Clasificación por estado Civil

	MEDICINA		CIRUGÍA		Partos	RESUMEN		
	V	H	V	H	H	V	H	Total
Solteros	147	88	229	94	58	367	240	607
Casados	43	26	71	37	47	114	110	224
Viudos	6	12	5	15	5	11	32	43
Totales	196	126	296	146	110	492	382	874

Resultado Tratamiento

	MEDICINA		CIRUGÍA		Partos	RESUMEN		TOTAL
	V	H	V	H	H	V	H	Total
Curados	121	87	230	104	100	351	291	642
Mejorados	36	16	34	17	1	70	34	104
Iguales	9	9	23	16	6	32	31	63
Fallecidos en 24 horas	6	1	3	1	2	9	4	13
Fallecidos después de 24 horas	24	13	6	8	1	30	22	52
Toaltes	196	126	296	146	110	492	382	874

Este cuadro arroja una mortalidad total de un 7.40 %, que si bien es subida, precisa tenerse en cuenta la condición en que llegan algunos enfermos al Hospital, sólo a morir.

OPERACIONES PRACTICADAS

Por enfermedades de los huesos

Exostosis conducto auditivo	1
Periostitis curetage	2
Exición parcial maxilar inferior (Saracoma)	2
Osteomielitis radical	1
Unión defectuosa fémur reparación	1
Osteitis tuberculosa (careas)	1
Sarcoma del húmero (Exploración)	1

Por enfermedades de la piel

Keloide Exción	3
Ulceras crónicas curetage	4
Venas Varicosas Exción	2
Cuerno cutáneo Exción	1
Quistes cebáceos Disección	9

Aparato Gastro Intestinal

Laparotomía Exploratoria	1
Apendicitis Supuradas, drenages	7
Apendidectomías Simples	14
Hernías Inguinales (Basini)	19
Hernías Ventrales	1
Hernías Inguinales Extranguladas	3
Hernías Crurales Extranguladas	1
Jejunostomía (Obstrucción Pilórica)	1
Colecistostomía	1
Colecistotomía	1
Hemorroides Exición y sutura	12
Prolapso rectal resección	1
Tumor anal resección	1
Fístula anal Incisión	2
Carcinoma Hepático Laparotomía Exploradora	2

Operaciones Ginecológicas

Curetages Uterinos	27
Perineorrafias	10
Fístulas recto-Vaginales (Reparación)	4
Fístulas Vesico-Vaginal	3
Fístulas Ano-Vaginal	1
Sección Vaginal Posterior	3
Bartolinitis Exción	1
Traquelorrafías	3
Amputación cuello útero	5
Pólipo Uterino Extirpación	1
Ventro Suspensión	8
Ventro Fijación Murphi (Prolapso)	4
Watkims Werthain for (Prolapso)	2
Ventro Vagino pexia	1
Histerectomías Subtotales	4
Histerectomías Totales	6
Miomectomías	1
Carcinoma Uterino Paliativa	5
Salpingo ovariectomía doble	12
Salpingo ovariectomía de un lado	3
Quiste ovárico Extirpación	3
Preñez Extra-Uterina	1
Amputación mamas	5
Laparotomía Exploratoria	1
Peritonitis pélvicas Laparotomía	3

Operaciones de Obstetricia

Extracción manual placenta retenida	4
Aplicaciones de forceps	8
Versiones por presentación de hombre	3
Provocación parto Prematuro (Eclamp)	1
Placentas previas	2

Genito Urinarias

Circunciciones	23
Hídroce unilateral	22
Hídrocele bilateral	14
Pólipo Uretral Exición	2

Extrechez Uretral Dilatación gradual	2
Estrechez Uretral Uretrotomía interna	7
Extrechez Vretral Uretrotomía Externa	2
Orquidectomía unilateral	1
Chancroides Cauterización	3
Cistotomía Suprapubiana (calculosa)	2
Prostatectomía Transvesical	1
Amputación parcial (Pene)	1
Elefantiasis Excroto (Resección Tejido)	5

Amputaciones por causas varias

De los dedos del pie	3
De los dedos de la mano	6
Por el tercio inferior muslo	5
Tercio medio pierna	2

Traumatismos varios

Fracturas de ambos hvesos piernas	2
Fracturas del fémur	3
Fracturas del cúbito y radio	3
Maleolo Externo	1
Luxación posterior del codo	1
Curación heridas contusas	5
Curación por desgarre	6
Curación Incizas	6

Operaciones de Especialidades varias

Enucleaciones del ojo	3
Catarata Extracción	2
Iridectomía	3
Dacrocistitits Excición	1
Mastoiditis	1
Pólipo del oído	1
Pólipo nasal	1
Rinoplastía	1
Adenoidectomías	2
Laringo fisura	1
Traqueotomías	2
Sinutitis frontal Trepanación	3
Anigdalectomías	10

Procesos infecciosos supurados

Adenitis sup. Inción (Drenage)	9
Adenitis Excición glándulas	17
Abcesos Inción y drenage	33
Celulitis profundas Inción Drenage	7
Antrax Excición	4
Trayectos fistulosos Excición y curetage	9
Artrotomías Sépticas	3

Operaciones varias sin clasificarse

Extracción cuerpo Extraño tejido Subcvtáneo	3
Extracción cuerpo Extraño del Recto	1
Lipomas Disección	4
Operación Para Pes-equinos varus	1
Paracenticis Toráxica	1
Ganglios muñecas resección	3
Meningocele Resección	1
Aspiración rodilla	1
Excición Quiste Tiróideo	1
Trepanaciones cráneo por decompresión	3
Resección tejido elefantiásico pierna	1
Cocainización cauda-equina	1

Clasificación de las Anestesias

Enfermos Operados desde Julio 1913 a Mayo 1914

Clases de Anestésico usado en:	Pobres	Pudientes	Total
Cloroformo	229	49	278
Eter	16	27	43
Cloroformo y Eter	25	12	37
Raquio anestesia	8	4	12
Anestesias Locales	77	9	86
Totales	355	101	456
Total cloroformo usado en	7.708 gra	19.938 gra	9,646 gra
Promedio por enfermo	30.34 gra	32.26 gra	30.62 gra
Total Eter usado en	5.560 gra	5.305 gra	10.865 gra
Promedio por enfermo	135.60 gra	136.02 gra	135.80 gra
Promedio duración anestesias en	50.82 minu	56.25 minu	53.50 minu
Promedio duración operaciones en	34.51 minu	43.23 minu	38.87 minu

La duración de la anestesia la contamos desde el momento que comienza a administrarse hasta que el cirujano avisa haber terminado.

Reporte del Laboratorio

Orina Analisis Químicos y Microscopicos 107

Sangre

- Hemoglobina 3
- Contage Diferencial 12
- Contage Glóbulos Rojos 3
- Contage Glóbulos Blancos ... 10
- Filarias (muestras) 67
- Malaria 15

Excretas. Exámen-Paras. Químico e Hist. 68

Esputos exámen químico y Bacterioscópico 2

Clasificación de Parásitos 5

Exudados y Transudados

- Pústula antebrazo 1
- Pleura 5
- Vagina 3
- Hidrocele Citol. del Líquido . 13
- Abdominal Citol. líquido 8
- Uretral 10
- Céfalo raquideo Cit. del Líq. 2
- Rodilla 1
- Conjuntival 4

Tegidos Clasificaciones anátomo patológicos 18

Jugo Gástrico Químico y Microp. 2

Exámenes Totales 359

NOTAS VARIAS.

LAS CARIES DENTARIAS SISTEMATIZADAS

Las caries dentarias sistematizadas tóxicas son caries de causas generales infantiles. Son el resultado de una sucesión de lesiones que evolucionan siguiendo dos períodos bien distintos.

I. En el primer período las toxinas sanguíneas juegan un papel principal (período tóxico).

(a) Estas son las toxi-infecciones que, hasta la edad de catorce años, descalcifican los dientes, determinando las lesiones simétricas lacunares, vacuolares en el marfil (primera faz tóxica). Estas lagunas están en relación precisa y definida con el sistema de calcificación desde el punto de vista cronológico y topográfico; de donde su sistematización y las de las caries.

(b) El diente lacunar puede vivir así largo tiempo intacto en apariencia si las toxinas descalcitrantes son eliminadas fuera del organismo (faz indiferente).

(c) Pero lo más a menudo estas toxinas fijadas en un punto del organismo, se derraman en el medio pericelular y en la sangre; ellas detienen desde luego las funciones secretorias de los odontoblastos; después atacan a las materias calcareas ya segregadas; todo esto después de haber vacuolado el diente (segunda faz tóxica).

II. En el segundo período son los microbios saprofitos bucales los que terminan la evolución (período parasitario). Estos microbios (nueva causa infecciosa) encuentran en el diente así desmineralizado un camino fácil y lo destruyen.

La patogenia tóxica de la carie dentaria, enfermedad general, se esclarece con luz nueva más de acuerdo con los datos de la patología general; los microbios obran menos por sí mismos que por medio de las toxinas que impregnan todo el organismo, envenenándolo.

Por tanto, la carie general sistematizada puede ser definida así: (una enfermedad de los tejidos duros del diente cuya patogenia reconoce tres fases distintas).

Primera, faz interna, sanguínea; tóxica al principio, decalcitrante (formación de lagunas del marfil).

Segunda, faz interna, bucal, parasitaria es destructiva, su evolución es centrípeta, precoz, rápida; esta carie general sistematizada es el tipo de las caries de los niños y de los adolescentes.

(*L'Odontologie.*)

EMPLEO DEL RADIO EN LAS AFECCIONES MALIGNAS

1. El radio ha justificado sus pretensiones relativas a la curación completa, en el período precoz, de las afecciones malignas, en sustitución de la Cirugía, de la cauterización, de los caústicos, agentes de destrucción y de ablación.

2. Mientras que los rayos Alpha son bactericidas y destructores, los rayos Gamma alteran y provocan una acción celular regresiva o detienen el desarrollo de los neoplasmas.

3. Los efectos del radio sobre las simientes y plantas nuevas son idénticos a los efectos producidos sobre los tumores y muestran que, al lado de las céluluas destruídas, las más cercanas reciben una estimulación; además de ello, en el grupo de los rayos Gamma, aparecen procesos regresivos.

4. Las dosis macizas filtradas por medio de láminas de plomo o a través del aire, esto es, gracias a un intervalo de 4 a 5 centímetros, dan los mejores resultados para estudiar.

5. Epiteliomas avanzados, con células basales (caso de *ulcus rodens*) rápidamente curados por el radio, permanecen curados desde hace diez años.

6. Los epiteliomas causados por la acción irritante de los rayos de Rœntgen, son curados tan pronto como los demás.

7. Ciertos sarcomas con células pequeñas, encerrados en tejidos normales, fueron curados muy de prisa: además de ello, una regeneración de células, nacidas de las región del tumor, reparó completamente las pérdidas de sustancia.

8. Tumores malignos de los huesos, con células enormes, son modificados por el radio, desaparecen, y son finalmente sustituídos por tejidos óseos.

9. La acción sore los papilomas vegetales, incluyendo los de la laringe, es siempre y regularmente curativa.

10. Tumores fibrosos del útero han desaparecido después de algunas aplicacioens del radio.

11. Las hipertrofias glandulares de la glándula tiroidea o de la parotida, retroceden; algunas han desaparecido por completo desde hace muchos años.

12. La salpingectomía, con el fin de prevenir las recaídas de cánceres del pecho (operación de Beatson), sugiere la posibilidad de detener la evolución de las células en vía degerminación, por el mismo procedimiento, por medio de la supresión de la función ovariana por los rayos de Rœntgen.

La posibilidad de obtener la regresión de los fibromas uterinos puede encontrar su explicación en la supresión de la acción del ovario bajo la influencia del radio, puesto que la ablación de los ovarios puede determinar la desaparición completa de los fibromas.

13. Los efectos del radio sobre la estructura de las glándulas indican que la organoterapia debe emplearlo.

14. Las reincidencias de los cánceres del pecho o del útero pueden ser impedidas con una aplicación fuerte de radiaciones de radio filtradas.

SOBRE INYECCIONES MACIZAS DE AZUCAR EN LA SANGRE.

(*Suero glucosado al* 300 *por* 1.000)

En los estados infecciosos y tóxicos graves, en los estados de inanición prolongados y en las oligurias de origen mecánico.

POR EL DR. ED. ENRIQUEZ.

Médico del Hospital de la Pitié.

Después de las investigaciones experimentales de los fisiologistas y de la tentativa de aplicación por lo demás infructuosa hecha en el hombre por Fleig, hemos

emprendido, con nuestro interno el señor Guttmann, el estudio de la acción de las inyecciones intravenosas de soluciones azucaradas hipertónicas en clínica. Hemos empleado las soluciones glucosadas al 300 por 1.000 recientemente esterilizadas en la autoclave e inyectadas muy despacito. La introducción de 250 a 300 centímetros cúbicos pide una hora, poco más o menos. El mismo enfermo ha recibido a menudo, en dos o tres veces, hasta un litro de suero hiperglicozado, lo que representa 300 gramos de azúcar, ración alimenticia equivalente, como se sabe, a mil doscientas calorias, poco más o menos.

La tolerancia del organismo con respecto a esas inyecciones es perfecta, y no obstante el recelo que podía originarse de la noción de la esmonocividad, nunca hemos observado el menor percance hemolítico. Tal tolerancia es debida, *a priori, a la lentitud de la inyección,* pues la glucosa, a proporción que va penetrando, se transforma muy rápidamente en glicógeno para fijarse finalmente sobre todo en las célulás hepáticas y musculares.

Ahora bien, esas inyecciones, practicadas en numerosos estados infecciosos de naturaleza muy distinta, cuando el miocardio ya no respondía a las diferentes solicitaciones terapéuticas, y en presencia de una *oliguria persistente,* esas inyecciones nos dieron resultados absolutamente notables, provocando en la mayor parte de los casos una diuresis casi inmediata y secundariamente una mejoría rápida del estado general.

El mismo resultado satisfactorio hemos obtenido en algunos casos de intoxicación muy grave (óxido de carbono y cloroformo).

A la vista del gran valor nutritivo de dichas inyecciones, juzgamos racional practicarlas también en enfermos en estado de inanición más o menos acentuada y consecutiva, ya a lesiones ulcerosas o estenosantes del tubo digestivo, ya a un largo período de enfriamiento causado por una apendicitis aguda, por ejemplo. Ahora bien, en todos estos enfermos, hartas veces amenazados de intervención quirúrgica ulterior, la fijación rápida en las células hepáticas de la glucosa transformada en glicógeno, contribuye a disminuir la propensión, muy real, de los inaniciados hacia los accidentes tardíos del cloroformo.

Además de que, sin hablar de los estados infecciosos y tóxicos graves y de los estados de inanición, las inyecciones intravenosas de suero hiperglucosado ofrecen al clínico un arma sin par en los casos, tan numerosos, de *oliguria mecánica,* sintomática de los estados hiposistólicos o asistólicos.

Cuando se ponen dichas inyecciones después de una sangría, determinan una verdadera *diuresis inmediata,* lo que permite esperar al acción benéfica, pero más lenta, de los medicamentos cardíacos: esa diuresis será tanto más abundante cuanto más integral y perfecta sea la función renal.

Gazette Medicale, París.

ACERCA DEL EMPLEO DE LA ADRENALINA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA.

Desde hace dos años hemos tenido ocasión de tratar con adrenalina a unos trein-

ta enfermos tíficos, ya en el hospital, ya en la ciudad. El resultado clínico de este tratamiento ha sido el siguiente:

En primer lugar, debo declarar que en ningún caso la medicación suprarenal ha reemplazado el tratamiento esencial (balneación y métodos usuales): ha venido sencillamente a ayudar dicho tratamiento. Su acción se ha manifestado en muchos casos de un modo inmediato en el transcurso de las formas graves y ha tenido una influencia claramente favorable sobre la evolución de todos los casos que hemos tratado de esta manera.

La idea de recurrir a las propiedades terapéuticas de la adrenalina la hemos encontrado en los bellos trabajos del señor Sergent sobre la insuficiencia suprarrenal en la fiebre tifoidea. La hipotensión arterial, tan frecuente en el transcurso de las septicemias eberthianas, debe ser atribuída en gran parte a la insuficiencia suprarrenal atenuada: la adinamia, la taquicardia, la disnea, a veces muy acentuadas, ciertos dolores abdominales parecidos a los causados por la perforación intestinal, dependen a menudo de alteraciones graves de la secreción suprarrenal; en todas estas formas es útil la medicación opoterápica.

Los efectos más favorables fueron observados en el pulmón y sobre la diuresis. Hemos notado curvas mostrando las variaciones favorables de estos dos importantes elementos de pronóstico: pulso y diuresis. Nos limitaremos a mencionar el hecho de que, juntamente con el aumento de la presión, el número de pulsaciones disminuyó y acercóse al guarismo correspondiente a la temperatura. En todos los casos, la desasociación por super-revelación del número de las pulsaciones fué atenuada.

Las contracciones del miocardio, débiles en nuestros tíficos, se levantaron bajo la influencia de la medicación: ciertas fiebres tifoideas, cuyo pronóstico inmediato era grave, quedaron transformadas. En todas las observaciones los síntomas de astenia cardiovascular volviéronse menos graves. En treinta casos hubo solamente una defunción, no obstante la balneación, los toni-cardiacos, etc. Se trataba de una mujer de cuarenta y seis años de edad que había cogido la fiebre tifoidea a la cabecera de su hija, una niña de doce años. La enfermedad presentó luego una forma ataxo adinámica muy grave; los síntomas nerviosos y cardiovasculares se agravaron rápidamente y la enferma murió el décimo sexto día de su entrada en el hospital.

La adrenalina había modificado algo la frecuencia del pulso; se trataba de miecarditis y no de insuficiencia surrenal; la adrenalina no podía tener mucha influencia. Al contrario, en la hija de esta enferma que había presentado igualmente un sindrome serio, la hipotensión, la astenia del miocardio, una hemorragia grave y repetida, fueron modificadas muy favorablemente por la medicación suprarrenal. Conviene añadir que la modificación favorable de la diuresis coincide exactamente con el mejor funcionamiento de aparato cardiovascular.

Aunque en una observación la acción de la adrenalina no se ha manifestado de una manera bien precisa, debemos recordar que la mayor parte de los autores admiten este papel hasta en los casos en que la función suprarrenal haya quedado intacta y en los en que la lesión tenga su

asiento en la misma fibra cardiaca: se trata de una acción indirecta útil de conocer; la miocarditis tífica no por eso deja de ser una realidad anatomo clínica que no puede eficazmente recibir la influencia de la medicación suprarrenal. Importa establecer una diferencia entre los síntomas cardiovasculares funcionales de origen endocrino y los que dependen de una lesión real del miocardio. Cuando se trata de niños, es siempre necesario pensar en los síntomas cardiovasculares funcionales, des cubrir la insuficiencia suprerrenal por medio del examen de la línea blanca y de los snítomas cuyo conjunto forma un sindrome característico.

Nosotros administramos la adrenalina a la dosis diaria de 20 a 30 gotas de la solución al milésimo, durante ocho días; con interrupción de tres a cuatro días y continuación subsiguiente. Este método, indicado por Sargent, nos ha dado siempre la mayor satisfacción; así fué innecesario recurrir al empleo de las inyecciones de suero adrenalizado recomendadas por Josué. En ninguna de nuestras observaciones la insuficencia suprarrenal ha necesitado el uso del extracto suprarrenal total.

En resumen, en esta breve exposición clínica, hemos querido sencillamente demostrar, apoyándonos en hechos comprobados, que la terapéutica de la fiebre tifoidea se enriquece cada día más con medicaciones nuevas tanto más eficaces cuanto son patogénicas; la adrenalina, más especialmente, tiene sus indicaciones en todos los sindromes malignos de origen infeccioso.

Gazette Medicale, París.

DIAGNOSTICO ANATOMO-CLINICO DEL SINDROME GENITO SUPRARENAL

Alfredo Gallais, (Revue de Ginecologie et de Chirurgie Abdominal., Janvier 1914), dice que las lesiones suprareanles consieten generalmente de proliferación celular, manifestda de muchas y varias maneras. Pueden haber (1) hipertrofia simple o asociada con suprarenales suplementarios; (2) hipertrofia adenomatosa de la sustancia cortical; (3) adenoma benigmo; (4) adenoma maligna; (5) hipernefroma canceroso. Asociado con estos tumores pueden haber varias anomalías. En las mujeres, el útero, la vagina y los tubos son pequeños congenitalmente, en casos de hipertrofia suprarenal—en apariencia embriónicos; y en cualquier época de la vida que la hipertrofia suprarenal sobrevenga, esta condición puede producirse. Los ovarios son pequeños quistes. Las lesiones esenciales son, entonces la proliferación cortico-suprarenal y la atrofia ovárica. Hay una rleación marcada entre la función de las glándulas genitales y la hipertrofia de la corteza suprarenal. Las observaciones acerca de los testículos son raras e importantes. Estas lesiones causan una pertubación marcada del equilibrio de las secreciones internas. El autor ha presentado minuciosamente y analizado 67 observaciones las que se pueden clasificar de esta manera: pseudohermafrodismo suprarenal, virilismo suprarenal, forma menstrual y forma obstétrica. En el hermafrodismo

del macho puede haber hipertricosis, hiperestenia de los tejidos musculares, y de las fuerzas nerviosas; voz grave, y virilidad de carácter; en las mujeres, menstruación, voz dulce, adiposidad, ginecomastia y feminismo mental. En los niños se halla un tumor lumbar; en los adultos hay dolores lumbares de la cintura o toráxicos y disturbios mentales, acompañados de un tumor que ocupa el hemitórax, de sonido oscuro a la percusión, que desciende debajo del ombligo. En otros casos el tumor es pélvico. Los caracteres del virilismo están muy desarrollados en la mujer; producen la ilusión del sexo masculino por el desarrollo de los genitales. Las características sexuales secundarias serán masculinas. Los cambios de la pubertad son marcados y empiezan con precocidad. El pseudohermafroditismo indica generalmente una simple hipertrofia de la corteza suprarenal. En el virilismo suprarenal el tumor suprarenal se desarrolla en un individuo sin anomalías genitales, y los cambios se ven en la característica sexual secundaria. En una edad temprana empiezan los caracteres sexuales secundarios; y también los del hombre en sujetos afeminados. Primero hay amenorrea, dolores de la pélvis, náuseas y vómitos. El tejido adiposo se desarrolla y la hiperestenia muscular y nerviosa; la mujer es fuerte anormalmente y considera su salud irregular. Hay síntomas mentales y nerviosos que llegan a la agitación maníaca; el instinto sexual se desvía: el carácter se vuelve violento, autoritario y se desarrollan crisis de agonía, acompañadas de fenómenos vasomotores. Hay aumento del pelo y de la pigmentación. Se desarrollan la barba y el bigote y los vellos en el pubis y en las extremidades inferiores. Hay pigmentación de la frente, las axilas, la espalda el antebrazo y las manos. Este estado dura algunos meses, y es seguido por una extenuación y caquexia, dolores abdominales y toráxicos, astenia y la aparición de un tumor. El paciente se vuelve melancólico, los reflejos del tendón de Aquiles y de la rodilla se anulan, el pulso tiene una baja presión y hay leucocitosis. Esta enfermedad acaba con la muerte, y en una crisis de cianosis y de asfixia. En las niñas de 4 a 11 años de edad vemos la adiposidad, hipertricosis, y un tumor lumbar; la menstruación empieza hacia los nueve años de edad. En los niños hay un desarrollo prematuro de las características sexuales; en el hombre, hiperestenia. En la forma menstrual, vista en mujeres desde los 20 a 50 años, puede haber dismenorrea o metrorragia profusa, con adiposidad, hipertricosis y pigmentación. En la forma obstétrica la complicación más frecuente es la preñez tubal, y la muerte repentina por la hemorragia dentro de la suprarenal es frecuente. El diagnóstico diferencial es difícil. La indicación es remover el tumor; pero los resultados operatorios han sido malos. La irradiación de las suprarenales ha sido ensayada recientemente. En los casos abortivos, particularmente cerca de la menospausa, la opoterapia puede ser de valor. El extracto suprarenal pituario, tiroideo aumentaría el mal; el exámen ovárico puede ser de valor.

NOTAS SOBRE LA PRACTICA DE LA MEDICINA EN KOREA

En un mitin del "Philadephia County Medical Society", el Dr. J. W. Hirst, refirió las siguientes observaciones como resultado de sus nueve años de práctica en el Hospital Severanel, de Seoul, Korea.

Sólo hace 30 años que llegó el primer médico extranjero a Korea. La ciudad de Seoul con 250,000 habitantes, desconocía la cirugía por completo, hasta el año 1888 en el que un cirujano americano tuvo ocasión de atender a uno de los miembros de la casa real. Veinte años después se estableció un Hospital, único edificio en el país donde se hacía posible la admisión de enfermos para su tratamiento, y en esta condición tuve el privilegio de entrar en aquel servicio.

La primera operación que se hizo en Seoul fué de cataratas. Defectos de la cara eran muy frecuentes, a causa de procesos inflamatorios y variolosos; sin embargo hoy con la práctica de la vacuna hay una generación que desconoce la viruela.

Los empiemas son muy frecuentes también, sin que me haya sido posible determinar la causa de su frecuencia. La apendicitis es casi desconocida; la constipación es poco frecuente; la tifoidea es rara; en cambio el Tifus hace estragos.

El público al principio temía y andaba receloso en admitir los servicios quirúrgicos de extranjeros; pero gradualmente han ido cambiando, y no hace mucho que tuvimos dos enfermas en el mismo cuarto; una con un gran tumor abdominal y otra con una anasarca, habiendo sido operada la primera con éxito, la segunda nos suplicaba con insistencia que hiciésemos lo mismo con ella.

Las prácticas quirúrgicas Chinas se reducían al uso de agujas largas, cortas, calientes, frías, dobladas angularmente y en forma de tirabuzones pequeños. Yo he tenido ocasión de resecar un útero del tamaño de la cabeza de un niño, que haía sido tratado por un cirujano nativo, pasándole las mencionadas agujas a travás de la pared abdominal, tres de las cuales pude encontrar incrustradas en la masa del tumor. Y tenemos informes de otros casos, de similares circunstancias.

Los médicos nativos nunca cuidaban de los casos de partos; estos eran atendidos por las viejas comadres.

El prolapso del útero era tratado por la inserción de un tapón de algodón empapado en alcohol el cual se encendía produciendo quemaduras. Las contracciones de cuyas cicatrices mantenían el útero en su sitio.

USO DE LA MORFINA-HIO-CRONINA Y CACTINA, COMO ANESTESIA GENERAL EN EL PARTO

El Dr. J. R. Smith, nos refiere que él administra hipodérmicamente una tableta de las de Abott, en casi todos los casos de partos, al comienzo del segundo período, o cuando los dolores empiezan a hacerse muy fuertes y regulares, y consigue por éste medio aliviar los sufrimientos de la madre, estimular y aumentar la intensidad de

los dolores, y espaciarlos al final del parto, de modo que halle suficiente tiempo para la dilatación de los tejidos blandos. Afirma que nunca ha tenido accidente alguno con el uso de ésta droga en cientos de casos de partos.

Si hay que aplicar forceps o hacer cualquier intervención que requiera la anestesia clorofórmica, ésta será más fácil, menos peligrosa, se necesitará menor cantidad de la misma.

Nos refiere también dos casos tratados por él en los cuales a falta de cloroformo empleó tres inyecciones sucesivas de H. M. C., anestesiando completamente a los enfermos y llevando a cabo intervenciones serias como la craneotomía.

LA PESTE BUBONICA Y LOS ESPUTOS

Por el Dr. Luis M. Mateus, de Cartagena (Colombia).

La presencia, en determinados territorios de este país, de esta terrible epidemia, nos mueve,—considerándolo de oportunidad,—a escribir algo que alcanza a ser de competencia del odontólogo, y que no es posible dejar pasar inadvertido cuando viene a ser parte importante de las medidas preventivas.

La peste bubónica no siempre se presenta trayendo complicaciones como lo son la **artritis, neuritis periféricas, conjuntivitis pestífera**, etc., etc., sino que se presenta en la forma llamada **atenuada o ambulatoria**, y de estos casos es muy importante cuidarse, pues el enfermo continúa en sus quehaceres y en contacto con las demás personas, convertido en una fuente de contagio, principalmente por los esputos.

En los casos de peste sin bubones, el diagnóstico es con frecuencia difícil, lo que da lugar a tomar todas las medidas necesarias no para ponerla a raya cuando se presente, sino para cortarla.

El Dr. Simond ha hecho el mejor resumen sobre la peste en la "Revista Médico-Quirúrgica" del Brasil (1905).

En su Etiología y modo de transmitirse la peste, está comprendido uno de los medios más importantes y del que me propongo llamar la atención.

Los esputos: **Por el aire** que contenga microbios de la peste procedentes de los esputos desecados de los pestíferos. Según que los microbios sean aspirados por los pulmones o pasen al estómago, se producirá una peste de forma **neumónica o gastrointestinal**.

La peste bubónica es trasmitida directamente por las pulgas provenientes de las ratas infectadas, "pero el bacilo "persiste en el organismo durante trein- "ta y hasta cuarenta días, no sólo en "el período de estado, sino también du- "rante la convalecencia", (Dopter), y entonces los esputos serán la causa directa de la propagación de la peste

En la **forma neumónica** los esputos son viscosos, serosos, rojos y hasta purulentos. Encontrándose el bacilo de Yersin, sobre todo en los ganglios, en las flictenas y **en los esputos**, es innegable que para el diagnóstico, antes del exámen microscópico, el médico tiene que sufrir un entorpecimiento cuando encuentre enfermedades bucales que dan una salivación rojiza y purulenta.

Estas infecciones que provienen de

los raigones olvidados, de la **piorrea alveolar, gingivitis** y otras tantas enfermedades, puede que hagan hasta imposible la eficacia de los remedios por el constante tragar de una saliva putrescente, y a esto se agrega el que la peste, en cualquiera de sus formas, no da lugar a combatir estas enfermedades bucales y mucho menos a la extracción de las piezas cariadas.

La epidemiología, que se remonta como al siglo XII, siempre ha venido observando que las invasiones epidémicas se propagan con una rapidez proporcionada a las facilidades de comunicación y a las aglomeraciones de los grandes centros; y por ello tienen en cuenta todos los autores sucesivamenete la vital importancia de recomendar la higiene de la boca. De igual manera lo hacen todas las guías terapéuticas.

Oigamos al Dr. Martínez Castrillo, Cirujano-Dentista de la Facultad de Madrid y autor de una obra de Patología y Clínica Dental:

"En concepto general público, la lim- "pieza de la boca se impone y debía ser "obligatoria en los establecimientos be- "néficos, escuelas, cuarteles y colectivi- "dades,, pues siendo ésta el órgano que "que puede difundir por todas partes "los gérmenes de las enfermedades in- "fecciosas, la antisepsia de la boca evi- "taría su propagación de un modo se- "guro, pues ya sabemos que en el aire "en los alimentos, en el tártaro y en la "saliva son muchos los microbios que "nos amenazan constantemente; por "eso, demuéstrase que la boca tiene "científicamente necesidad de ser lim- "piada con frecuencia y de una manera "muy seria, para la salud, conservación "de los dientes, endurecimiento de las "encías, y la pureza absoluta del alien- "to, y cuyos beneficios se obtienen por "el uso habitual y moderado de esa lim- "pieza."

El Dr. Sebastián Carrasquilla, nuestra primera autoridad en la Odontología colombiana, Rector por varias ocasiones de la Facultad Nacional, autor de obras que han sido traducidas en varios idiomas, dice lo siguiente: "La Higiene de la boca es de suma importancia, no sólo por lo que atañe a la boca misma y a los órganos masticatorios, sino también en relación a la salud general; pues bien sabido es que en la cavidad oral hallan asilo, temporal o permanente, muchos microbios que pueden hacerse infectivos ellos mismos, o que son agentes de enfermedades infectivas como la **neumonía**, la sífilis, la difteria, la tuberculosis."

La higiene de la boca no está en usar tal o cual dentífrico, pues éstos vienen a ser hasta contraproducentes cuando existen encías y dientes enfermos, o, lo que puede ser más peligroso, puentes y coronas colocados sin ninguna regla de asepsia.

Es muy grande el radio con que cuenta el odontólogo para probar la importancia de una boca bien cuidada contra las epidemias, y de esto debe darse cuenta el dentista en bien propio y en bien de los demás.

"Revista Dental".
Habana, Cuba.

NEFRITIS SIFILITICA

Los doctores Stengel y Austin, de Filadelfia, dan cuenta con sus muy interesantes trabajos hechos en el diag-

nóstico de las nefritis de orígen específico. Habiendo examinado la orina con el microscopio polarizador 58 veces, en 46 casos han encontrado que en la orina de 23 de ellos había abundancia de albúmina y cilindros. De estos 23 pacientes, 6 daban un Wasermann positivo; 3 tenían claras evidencias presuntivas de sífilis, pero no daban la reacción; 14 no tenían la menor evidencia de sífilis. En los 6 con Wasermann positivo, Stengel y Austin, encontraron lipoides en la orina. El resto de los 46 casos estaba formado en parte por casos de nefritis intersticial o tipos arterioescleróticos con solo trazas de albúmina, y algunos cilindros. Varios de estos casos de sífilis no presentaban signo alguno de nefritis, ni fué posible demostrar lipoides en su orina. Aunque de los 6 casos de sífilis con nefritis y en los cuales pudieron demostrar la presencia de lipoides en la orina, no había recibido tratamiento mercurial alguno. Para determinar si las nefritis degenerativas experimentales estaban asociadas con la presencia de lipoides en la secreción urinaria, los experimentadores produjeron nefritis en tres conejos y en un perro, usando el uranio en los primeros y el cromio en el segundo. Los cuatro experimentos fueron negativos. En ninguno fué posible establecer la presencia de lipoides en la orina. Los antes citados doctores continúan este interesante trabajo sobre las nefritis y pronto publicarán los resultados de otra serie en que han trabajado determinando lesiones renales en animales, con el uso del fósforo, mercurio y cloroformo, e inoculaciones sifilíticas.

LA SANGRIA EN LA PRE-ECLAMSIA Y EN LA ECLAMSIA CONFIRMADA

(Potocki)

El Dr. Potocki, había recurrido siempre al tratamiento clásico de la eclamsia: cloroformo, cloral, drásticos: tratamiento con el que la mortalidad maternal oscilaba entre 20 y 34 por 100. Esta era la práctica en la Maternidad, en donde había notado no obstante que las mujeres sometidas mucho tiempo a las inhalaciones clorofórmicas formaban en grante parte el grupo de las que sufrían de ictericia. Más tarde se publicaron trabajos que demostraron que el cloroformo debía de ser incriminado en cierto número de ictericias post-operatorias.

"Estas últimas consideraciones, dice el autor, me han confirmado aún más en la opinión de que la administración del cloroformo y hasta, puedo decir, de todo agente terapéutico, sea el que fuere, no está exenta de peligro, pues la acción nociva de dichos agentes viene fatalmente a sumarse a la de la toxemia gravídica para ennegrecer el pronóstico.

En toda intoxicación gravídica que lleva a la albuminuria y a la eclamsia, la presión sanguínea resulta exagerada. Este es un fenómeno patológico cuya importancia es capital. De él dependen en parte las hemorragias múltiples, ya externas, ya viscerales, que se observan en las enfermas auto-intoxicadas, así como la hipertrofia y la dilatación cardíaca. Es también, contrariamente a lo que se podría creer,

causa de la albuminuria y hasta de la disminución de la orina. Aminorar, ya que no hacer desaparecer, la hipertensión sanguínea, he aquí, una de las finalidades que hemos de proponernos en el tratamiento de la eclamsia.

Como en las eclamticas congestivas una aplicación de sanguijuelas detrás de las orejas o de ventosas escarificadas sobre los riñones había producido un alivio, se le ocuurrió al Dr. Potocki, practicar una sangría general en caso de eclamsismo, es decir, en aquel estado que precede a la eclamsia confirmada. El resultado fué sorprendente.

La desaparición instantánea de los síntomas premonitores fué casi la regla en el estadio pre-eclámtico; y completa muy bien, de modo inmediato, el régimen lácteo. Se hizo a dichas mujeres una sangría de 50 gramos.

Durante el ataque eclámtico el efecto no es tan inmediato, pero a menudo basta repetir la sangría para conseguir el resultado apetecido: 600, 800 o 1,000 gramos pueden ser necesarios.

Resultados:—Dos mujeres en estado pre-eclámtico que fueron tratadas por la sangría dieron a luz espontáneamente, criaturas vivas.

De diez mujeres eclámticas, dos dieron a luz criaturas vivas, antes de aparecer las convulsiones; siete parieron entre crisis eclámticas, dando a luz cinco hijos que vivieron; uno murió durante el trabajo y el séptimo dejó de existir a consecuencia de convulsiones al quinto día del nacimiento; finalmente, en un caso las crisis habían desaparecido ya desde hacía 4 días cuando el trabajo empezó; y la criatura estaba macerada.

No se dió ningún caso de muerte materna. Este es un dato importante a pesar de ser muy reducido el número de nuestros casos. De todos modos dicho resultado ha de cotejarse con el que el Sr. Chirié, ha publicado en su tesis; éste arroja una mortalidad de 4 % en las veinte y cinco mujeres eclámticas tratadas en la Maternidad, de 1905 a 1907, por medio de sangrías abundantes:

Estamos pues autorizados a ver en ello un argumento poderoso a favor del tratamiento de la pre-eclamsia y la eclamsia por los sangrías abundantes, sin perjuicio, por supuesto, de la dietética.''

RESUMEN DE DIAGNOSTICOS RONTGENOCOLOGICOS DE ULCERAS DEL ESTOMAGO

El objeto de esta comunicación es informar acerca de una serie de casos que dan datos que pueden servir para resolver las importantes cuestiones que siguen:

I. ¿Hay alguna razón para creer de nuestra experiencia presente que los rayos de Rontgen prueban ser tan valiosos eventualmente para el diagnóstico de lesiones quirúrgicas del estómago y del duódeno como para el diagnóstico de las fracturas y de los cálculos urinarios?

II. ¿Qué método de exámen rontgenocológico da los mejores resultados?

El método de diagnóstico más satisfactorio hasta la fecha ha sido el de la rontgenografía por serie; es dceir, el estudio de 50 o 60 rontgenogramas del paciente en varias posturas, tomadas

en varias series y a intérvalos de dos horas hasta que el estómago está vacío. Estos rontgenogramas son estudiados individualmente y colectivamente, o son reproducidos con el cinematógrafo. Recientemente los autores han perfeccionado una verdadera máquina rontgenográfica capaz de hacer 50 rontgenogramas en un solo ciclo, o sea 200 de ellos en una contracción individual peristáltica del fundus al píloro. Lo que sigue se ha obtenido por tal exámen o sea por la rontgenografía de serie:

1. Tamaño, posición y figura o tipo del estómago.

2. Actividad de la peristalsis y anchura de su contracción.

3. Carácter de la sístole y la diástole.

4. Profundidad de los pliegues y la dirección en que corren.

5. Grado de dilatación y los fenómenos del duódeno horizontal y descendente.

6. El esfínter pilórico bien definido en ambas superficies, bien cortado y de 3|16 de una pulgada de ancho o irregular en contorno y más ancho que normal.

7. Cap—ventrículo piloso—simétrico, correspondiendo en tamaño y en contorno, o contraído espasmódicamente.

El diagnóstico de lesiones gástricas extensas está basado en defectos permanentes del llenado en las paredes del estómago o la cap, de donde el diagnóstico de lesiones tempranas, pequeñas, particularmente úlceras endurecidas y adhesiones, está basado en la interrupción de las contracciones peristálticas según caminan en dirección al píloro. La interpretación de lo que se encuentra ha sido deducida de un estudio de cerca de 20,000 rontgenogramas de 680 casos. Un informe sobre 27 casos, examinado rontgenograficamente por Cole y operado por Brewer, sirve para demostrar la exactitud de este método de diagnóstico.

La historia clínica, el exámen físico y el análisis gástrico de estos pacientes era desconocido por el rontgenologista, quien informó al cirujano sus pesquisas exactas y le dió una opinión acerca de la presencia o ausencia de una lesión gástrica o duodenal, su localización, extensión, y causas probables. En varios casos una lesión en alguna otra porción del tubo gástrico intestinal fué diagnósticada. Más tarde cada caso fué explorado y los resultados de la operación anotados.

En 21 casos se hizo un diagnóstico rontgenológico absoluto y en 29 ocasiones se confirmó por la operación en todos respectos.

Un diagnóstico de prueba, a causa de un exámen incompleto se hizo en 6 casos. El proceso quirúrgico confirmó 4 de estos y desapróbó los otros dos. Uno de los dos errores rontgenocológicos fué debido al hecho de que un diagnóstico de úlcera de la cap estaba basado en pocos rontgenogramas para justificar una diferenciación entre una contracción de úlcera o una contracción espasmódica. La hiperemia o edema observadas en la operación fueron resultado de un espasmo, pero no se halló ninguna úlcera. El otro caso tenía todos los caracteres descritos previamente como pertenecientes al espasmo, pero como el area envuelta, estaba

acentuada por una constricción circular, la lesión fué considerada orgánica, más bien que espasmódica. Una comparación cuidadosa de los rontgenogramas entre sí hubiera evitado esta equivocación.

El diagnóstico rontgenológico fué confirmado quirúrgicamente en 89 casos examinados. En el 40% de ellos el rontgenologista hizo un diagnóstico de carcinoma o úlcera gástrica o duodenal, y aunque los síntomas eran severos suficientemente para garantizar un procedimiento quirúrgico; ni en un sólo caso una de estas condiciones fué hallada en la operación. En la mitad de estos casos una lesión en alguna que otra parte del trayecto gastro-intestinal fué diagnosticado rontgenológicamente y comprobada por un procedimiento quirúrgico.

Si en una larga serie de casos tan alto promedio de diagnósticos negativos y positivos pueden ser hechos rontgenológicamente, o como esta serie de casos consecutivos indican, no hay duda de que el diagnóstico rontegenológico de las lesiones quirúrgicas del trayecto gastro-intestinal probará ser tan valioso como el de fracturas o el de cálculos urinarios. Ya parece cercano el tiempo en el que las lesiones quirúrgicas crónicas del estómago no deberán operarse sin el exámen previo, si es posible hacerlo.

LA PROFILAXIS DEL CANCER

Mayo, dice que todos los animales vertebrados sufren del cáncer en circunstancias afectadas por sus hábitos o sus condiciones de vida, que les producen lesiones locales en el mecanismo protectivo. El cree que deberíamos considerar las lesiones locales como un llamamiento al cáncer, sin preocuparse de cual pueda ser su causa actual. El término precanceroso debería estar limitado a esas condiciones que clínica o microscópicamente no pueden decirse con toda seguridad que sean benignas o malignas; el carácter de las células está cambiado; ellas están defectuosas en la diferenciación, pero todavía no hay infiltración en los tejidos que las rodean. Este cambio celular se encuentra en la periferie de los tumores malignos y en aquellos casos en que más tarde han desarrollado malignidad. La lesión local es el llamamiento y la condición precancerosa debe aceptarse como probable.

El divide los sitios de irritación local en tres grupos: (1) Neoplasmas adquiridos o congenitales, tales como molas, verrugas y tumores benignos que podrían volverse malignos; (2) el trauma que influencia poderosamente no tan sólo el desarrollo del sarcoma, sino también del carcinoma; (3) la irritación crónica, que él la considera la más importante de todas las condiciones precancerosas, ya sea resultado de agentes mecánicos, químicos o de agentes infecciosos. Entre los muchos ejemplos citados se cuentan: El desarrollo del cáncer en la boca, a causa de la irritación producida por la fruta betel en la India, que alcanza a casi la mitad de todos los cánceres epiteliales de aquél país; el desarrollo del cáncer en las lesiones locales producidas por el calor,

como el cáncer del labio de los fumadores; las úlceras Kangri que siguen a las quemaduras de las cuales forman más. del 50 % de todos los cánceres en Kashmir; esos cánceres en las espinillas de los maquinistas de locomotoras, que han estado por años expuestos a la acción directa del calor; los cánceres que obedecen a la irritación crónica por efecto de las diferentes formas de la energía de irradiación solar, de los Rayos X, etc.; cánceres que siguen a las lesiones locales y causados por infecciones, tales como la bilharzia de la vejiga, el treponema pallidum en la keratosis de la lengua, los nematodes en los tumores del testículo en los caballos, y los cánceres gástricos de las ratas; y la enfermedad de los cuernos del ganado, ("horn-core"), cáncer del ganado debido a la irritación producida por las sogas con que los amarran al uncirlos al carro. Si la fruta de betel no se usara en la India, y el canasto de Kamgri en el Kashimir, los cánceres en estos dos países se reducirían a la mitad.

El autor llama la atención hacia la importancia de aplicar los datos evidentes acerca de la irritación local crónica en la producción del cáncer para hallar la solución de los problemas en lo que respecta al desarrollo de los cánceres en las superficies mucosas internas del cuerpo; por ejemplo, el cáncer de la vejiga de la hiel, debido a irritaciones producidas por los cálculos biliares y el cáncer del estómago que sigue a la úlcera gástrica. El 50 % de los cánceres de la pelvis de los riñones se puede demostrar que son superimpuestos a una formación renal extensa de cálculos. El carcinoma del apéndice ocurre usualmente asociado con procesos obliterados crónicos. En la flexura sigmoidea y en el recto la irritación en el diverticulo ha dado lugar a una enfermedad maligna. El cáncer del estómago ocurre en el 30 % de todos los cánceres en el hombre civilizado, pero no es común en las razas primitivas o en animales inferiores. Cuando el cáncer de un cierto órgano se halla en una sola clase de individuos o en una especie sola, como el de la fruta betel y el de Kangri. quiere decir que hay en él una sola causa productora; de otra manera, los animales inferiores y las razas primitivas serían afectadas también más amenudo. Algo en las costumbres y en los hábitos del hombre civilizado en relación con la cocina y preparación de los alimentos debe ser responsable de este gran por ciento de cánceres del estómago y una investigación comparada sería de muchísimo valor.

Mayo, dice en conclusión: "Yo llamaría la atención otra vez hacia el hecho de que las lesiones pre-existentes juegan el papel más importante de los factores conocidos que rodean el desarrollo del cáncer; que tales lesiones precancerosas son producidas por algún hábito de vida que causa una irritación crónica; que en donde es frecuente el cáncer en el hombre, un estudio detenido de los hábitos del hombre civilizado en contraste con las razas primitivas y animales inferiores, en los cuales lesiones similares son raras, podría ser de gran valor; y finalmente, que la profilaxis del cáncer depende, primero de un cambio en esos hábitos productores del cáncer, y segundo, en la extracción temprana de todas las lesiones precan-

serosas y fuentes de irritación crónica."

The Am. Surg. Asso. N. Y., April.

BROMURO DE SODIO EN LA TERAPEUTICA GASTRICA

M. G. Leven, encomia el valor del bromuro de sodio en el tratamiento de las enfermedades del estómago. Como o sin la adición del subcarbonato de bismuto es útil en los disturbios secretorios, motores y sensorios del estómago que no se dominan por las médidas dietéticas. El autor prescribe el bromuro de sodio en esos casos en los cuales se usan frecuentemente los alcaloides, la belladona y los opiados. La droga es de un inmenso valor en el tratamiento de la hipersecreción, del espasmo del cardia y del píloro, así como en los efectos producidos por la aerofagía. Se usa el bromuro de sodio con preferencia a otros compuestos bromurados bajo la fórmula siguiente:

R/ Bromuro de sodio .... 20 gramos
Agua destilada esterilizada. 300 gramos

Una cucharada de esta solución se administra por la mañana y por la tarde, siendo la dósis 1 gramo de la sal. El remedio debe ser tomado media hora antes de las comidas, en medio vaso de agua.

"Bulletin Général de Thérapeutique".

LOS DERIVADOS SINTETICOS DE LA ESTRICNINA

M. J. Chevalier, dice que un número de estas derivaciones han sido producidas por los procesos de oxidación, reducción y adición de moléculas laterales, "sidechains". Estos derivados enmascaran o suprimen completamente la acción excitadora de la estricnina sobre la médula espinal, modifican los efectos cardiovasculares de este alcaloide, y disminuyen grandemente su toxicidad. La etilbetaína del ácido de la estricnina es un ejemplo bueno de los derivados arriba citados. Su toxicidad es de un diez avo del de la estricnina. Administrada a animales de sangre caliente su acción excitadora es pequeña moderamente. En las ranas, grandes cantidades causan una parálisis análoga a la que produce el "curare". La etilbetaína del ácido de la estricnina es un depresor para el sistema cardiovascular.

"Bulletin Général de Thérapeutique".

TINTURA DE IODO E ICTHYOL EN EL TRATAMIENTO DE LOS FORUNCULOS

M. Berger, refiere este método de tratamiento como sigue a continuación:

En casos de forúnculos blandos, estos deben pintarse con la tintura de iodo y luego ser cubiertos con un 10 % de la pomada de icthyol; la epidermis de sus bordes debe ser limpiada con bencina para que las sustancias grasosas sean separadas. Tan pronto como se paraliza la supuración debe suspenderse el uso de la tintura, pero se seguirá usando el icthyol puro. Finalmente, si queda una epidermis áspera y tosca, la siguiente pomada debe ser aplicada:

Nitrato de plata 1gramo
Bálsamo del Perú ... 5 gramos.
Lanolina .... 100 gramos.

En casos de forúnculos duros, es necesario persistir en la aplicación de la tintura de iodo, seguida del uso del icthyol puro. Se dejará que este se seque, dejándole expuesto, al aire, o puede cubrirse con una gaza comprimida. Al día siguiente se lava el ic thyol con agua caliente y se vuelve a repetir la cura con iodo e ichthyol todos los días. Cuando haya supuración y se haga el lavatorio, se deja de usar le iodo, pero se seguirá el uso del icthyol puro hasta la completa curación.

''Medizinische Klinik''.

LA ESTERILIDAD EN LAS MUJERES; SU TRATAMIENTO POR MEDIO DE LOS BAÑOS

Ruhemann.

El autor discute primero las causas generales y locales de la esterilidad y considera los casos causados por la anemia y la clorosis, la gota, la diabetes, y las intoxicaciones crónicas como propias para ser tratadas por el baño. En las debidas a causas locales ginecológicas, la balneoterapia puede usarse en grados moderados de infantilismo, hiperestesia de los órganos genitales, y especialmente en los procesos crónicos inflamatorias en el útero y anexos. Los baños que se usan más son los de ácido carbónico calibeados, los cuales son recomendados en casi todos los casos y los que se puede combinar con masajes y otros métodos físicos de tratamiento. Los baños salados, algunas veces combinados con la asociación del hierro y del ácido carbónico se pueden usar en los procesos inflamatorios, pero deben prohibirse en estados de excitación. En tales condiciones el autor prefiere los baños de cieno, ''mud-baths'', a 36 o 37 grados, pues tienen un efecto calmante. Además, de los baños generales, los de asiento, los de esponja, y de impresión son recomendados.

Fortschr. d. Med. Grenzgeb.

LA PREDETERMINACION DEL SEXO.

Bram, sugiere que el sexo del niño es el resultado de una contienda entre el espermatozoo y el huevo. Si el espermatozoo vence, el producto es un varón; si el huevo triunfa, el resultado será una hembra. Esta contienda varía en una u otra dirección bajo la influencia de los alimentos. Un exceso de nutrición en la madre puede decidir en favor de una hembra, y una deficiencia, en la producción de un varón. Por consiguiente abundancia de alimentos, con exceso de sustancias albuminosas nitrogenadas pueden decidir una concepción en favor de una niña; una dieta escasa con una muy pobre cantidad de proteidos, en favor de un niño. Además el sexo es determinado por la actividad de las glándulas suprarenales de la futura madre. Según estas teorías, si se desea un niño el tratamiento instituído por Bram, es esencialmente dietético y medicinal, y se continúa hasta el cuarto o quinto mes del embarazo, cuando se debe suspender. Sustancias albuminosas, nitrogenadas tales como huevos, carne, pescado, queso, etc. deben prohibirse; la dieta consiste esencialmente en tales sustancias como cereales, fru-

tas, patatas, leche, leche cortada y mantequilla. Debe beberse agua en abundancia para mantener los riñones activos. En adición se le dará al paciente después de cada comida, dos granos de extracto de glándula suprarenal, combinados con cuatro granos de lecitina. Bram, cita la observación de 30 pacientes para justificar su pretensión.

I Bram-Philadelphia.

DISCUSION SOBRE LA TECNICA Y "STANDARDIZACION" DE LAS COMIDAS DE BISMUTO

Morton, observó que la adopción de un tipo de alimentación opaca haría que los resultados fuesen comparables. El había solicitado informes de varios radiólogos acerca de los puntos siguientes:

1.—Cantidad total.

2.—El volúmen de bismuto o de bario que prefería y por qué.

3.—Medio de suspensión.

4.—Consistencia.

5.—Sabor azúcar, etc.

6.—Preparación del paciente.

Morton, hizo notar que el desacuerdo de los médicos (que ha sido objeto de burla hace muchos siglos) nunca fué tan evidente como cuando él tabuló las respuestas, acerca del único punto de acuerdo o sea el uso del azúcar y de otras materias para hacer la comida grata al paladar. La cantidad total varió entre 5 y 20 oz.; cerca de la mitad fijó como cantidad 10 oz. y el promedio fué de 13 oz. La cantidad del bismuto o bario variaba desde 1 a 4 oz., el promedio siendo 2 oz., dos terceras partes de los interrogados contestaron que usaban pan y leche como un medio. Otros empleaban manjar blanco, gelatina, emulsión de lactosa, soluciones gomosas, suero de leche, harina de maíz, y la maranta. La mayoría preparaba sus pacientes como para una anestesia. Morton, notó que los pesos atómicos del bismuto y del bario eran 210 y 140 respectivamente; luego eran necesarios volúmenes más grandes del último. El sugirió a los químicos la posibilidad de producir una forma más ligera del sulfato del bario como la forma ligera del carbonato de magnesia. También sugerió que el oxicloruro de bismuto pudiera hacerse en una forma más ligera, este sería ideal.

Hertz, describió su manera de proceder, la cual incluía el sulfato de bario, el que había estado usando dos años. potage de avena con una onza de leche, y una poca de azúcar negra.

Otros que tomaron parte en la discusión fueron Aldridge, Bythell, Bruce, Cooper, Codd, Bailey, Batten y Holland. En moción, un Comité de la Sección, que comprendía a Hertz, Morton, Scott, Barclay, y Jordán, fué designado para investigar más adelante la materia.

LA INFLUENCIA DE LOS OVARIOS EN EL CRECIMIENTO DE LOS PECHOS; UN ESTUDIO DE SECRECION INTERNA

Hofstatter

Schickele, da cuenta de algunos casos de desarrollo de los pechos en niñas recién nacidas; de menstruación fetal, de crecimiento de los pechos en niñas

pequeñas, pertenecientes a diferentes clases sociales; de hinchazón de los pechos durante el período menstrual y de descarga sanguinolenta de ellos; y de un caso de menstruación durante la preñez. También refiere casos que demuestran la influencia de la castración en el desarrollo y secreción de las glándulas mamarias; atrofia de las glándulas después de la castración; y habla de su experiencia propia y de la de otros autores, en animales, con estractos del cuerpo lúcteo, placenta, y testículos. Refiere también su experiencia con relación a las glándulas miometrales, la posibilidad de desarrollar la secreción de leche en los pechos de una primipara poniéndole al pecho un niño cuando se acerca el fin de la preñez; la hinchazón de los pechos después de las castración; y los síntomas de las menospausa. El dice que la influencia del ovario, y en muchos respectos, la del cuerpo lúcteo en el desarrollo de las glándulas de la mama se debería determinar tanto como fuera posible; y de que es probable que otras glándulas de secreción interna tengan efectos vicarios; pero esto necesita ser comprobado.

Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynak.

EL ACIDO CITRICO, Y LOS CITRATOS EN TERAPEUTICA

por Dr. Jesús Monagas

Es tan interesante la comunicación que acerca de los matavillosos efectos del ácido cítrico y sus sales en determinadas afecciones hallamos en la "Revue de Medicine et de Biologie" de París, que no dudamos un momento en darlas a conocer por medio de la traducción a nuestros conprofesores en el Boletín de la Asociación Médica, tanto más, cuanto que la indicación principal o vital de aquellos se haya indicadísima en un estado tan alarmante y peligroso para la mujer como lo es el de gravidez, en el que todos sabemos que no son muchos los medios terapéuticos de que podemos disponer para hacer cesar rapidamente tan peligroso estado a la vida de dos seres.

Del "Journal of the American Medical Asso.", tomamos:

"Desde hace muchos años el profesor Chantemesse, aconseja el uso, en el curso de las flebitis, del citrato de soda; algunos entre ellos, el Dr. Martinet, han insistido recientemente sobre los efectos bienhechores del ácido cítrico, y de los citratos.

Hoy el Dr. Bixby Hemenway, de Evanston, publica en el "Journal of the American Medical Asso.", varios casos donde el ácido cítrico y sus sales han dado resultados maravillosos.

Se trata pues, de medicamentos muy útiles en la práctica para no olvidar, sus indicaciones.

El Dr. Hemenway, habla de un caso que establece de un modo particular la actividad del ácido cítrico. Una mujer encinta de 8 meses y medio, se hallaba infiltrada de un adema general (anasarca) que le impedía hasta abrir facilmente los ojos, y en la orina tenía una gran cantidad de albúmina; una sangría apenas había dado algunas gotas de sangre cuya viscosidad era su-

mamente notable; en presencia de tan grave situación el Dr. Hemenway, instruído por las publicaciones de A. Wright, ordenó el ácido cítro asociado al fosfato de soda.

El edema se reabsorbío muy rapidamente; las orinas aumentaron de cantidad; la albúmina llegó a ser insignificante; en una palabra, la curación completa sobrevino y la temida eclamsia no se demostró.

Después de ésta observación el Dr. Hemeway, cita un caso de edema de la faringe bastante grave, en el que se temía la muerte en algunas horas y que retrocedió rapidamente después de la administración del ácido cítrico.

Las observaciones de Wright conducen a la misma opinión acerca del valor terapéutico del ácido cítrico y sus males; y nuestros antecesores habían ya notado que ciertas dificultades respiratorias, ciertas disneas cardíacas cedían como por encanto bajo la incuencia de los citratos y de los acetatos.

¿Cómo obra pues, el ácito cítrico?

Disminuye la viscosidad y crasitud de la sangre, y por lo tanto favorece la rapidez de la circulación capilar, y permite los cambios en los elementos de la sangre y los tejidos de una manera normal, pudiendo así reducir los edemas el trabajo del corazón y restablecer la circulación, donde por efecto de la viscosidad de la sangre hay estasis o ciertas congestiones activas. Los citratos pues, modifican el estado de la sangre siendo lo que los nitratos realizan al dilatar los capilares.

¿A qué dósis y cómo dobe prescribirse el ácido cítrico y los citratos?

Se administrarán por ejemplo, 3 cucharaditas de café al día de la preparación siguiente:

Acido cítrico	30 gramos
Fosfato de soda	10 gramos
Agua	150 gramos

El medicamento será tomado antes de las dos principales comidas y antes de acostarse. Si el enfermo es reumático o gotoso, se empleará en preferencia la fórmula siguiente:

Citrato de soda	30 gramos
Salicilato de soda	20 gramos
Agua	120 gramos

Una cucharadita de las de café en medio vaso de agua caliente media hora antes de las dos principales comidas y antes de acostarse.

De la misma manera se toma la preparación siguiente si el enfermo se halla anémico:

Acido cítrico	15 gramos
Citrato de hierro	4 gramos
Agua	120 gramos

Todas estas dósis se entienden que son para el adulto.

PROYECTO DE ACADEMIA DE MEDICINA

Ha circulado una convocatoria suscrita por algunos distinguidos médicos de San Juan, invitando para la Constitución en la Isla de Puerto Rico, de una Academia de Medicina.

El nuevo organismo que se intenta

fundar es independiente de la Asociación Médica y del Departamento de Sanidad; no tiene carácter oficial; y su objeto, aunque pudiera considerarse comprendido entre los fines de la Asociación Médica, definidos en el Artículo II de su Constitución, (1) se diferencia en que la Academia sólo constará de un número limitado de miembros, de acuerdo con la base 1a. que requiere la condición **esencial e indispensable** de que el candidato haya publicado un trabajo médico original; y también en cuanto circunscribirá su acción al estricto **carácter científico**, que tendrá la Academia.

En el seno de la Asociación Médica también se estudian las cuestiones médicas desde un punto de vista estrictamente científico, pero mantiene más amplios propósitos que no abarcará la Academia, toda vez que si así lo hiciera, parecería cuando menos innecesaria tal duplicación de los mismos fines.

Podría argüirse que cabiendo en el seno de la Asociación Médica el objeto fundamental de la futura Academia, sería mejor que ambas marcharan unidas, toda vez que **omne regnum divisum contra se desolabitur**; pero así como no puede censurarse a nadie que quiera trabajar por el progreso científico, desligado de toda asociación; tampoco se puede censurar igual práctica en varias personas que se asocien para ello.

Todo intento de contribuir al progreso y esplendor de la ciencia médica en nuestro país, debe ser mirado con cariño y acogido como un esfuerzo de noble finalidad. Creemos que el proyecto de constituir una Academia, ageno a toda otra mira que no sea la de elevar la cultura médica, es viable y útil; y que los médicos residentes en Puerto Rico lo recibirán con plácemes.

San Juan, P. R., 18 de julio de 1914.

Sr. Dr.

Compenetrados de la conveniencia de establecer en nuestra Isla una Academia de Medicina, sobre bases análogas y con idéntica finalidad a las de las existentes en todos los países donde la Ciencia médica ha alcanzado cierto nivel de progreso, los que suscriben tienen el honor de dirigirse a Ud. en la seguridad de que acogerá con entusiasmo el pensamiento y le prestará decidido concurso.

Es de toda evidencia que una Corporación semejante, de estricto carácter científico, deberá constituirse en virtud

---

Nota: (1) El Artículo II de la Asociación Médica dice así:

Art. II.—"Esta Asociación tiene como fines unir en una organización sólida la profesión médica de la isla de Puerto Rico y unirse con asociaciones similares de otros territorios para formar la Asociación Médica Americana; propagar los conocimientos médicos y hacer progresar la ciencia médica; elevar el grado de cultura médica y asegurar la aprobación y cumplimiento de leyes médicas justificadas; pormover la amistad entre los médicos, cuidar, defender y fomentar el interés material de sus miembros y protegerlos contra el abuso."

"Alumbrar y guiar la opinión pública en cuanto se refiere a los problemas médicos de la isla de manera que la profesión se haga más eficaz, y dentro de sí misma, más útil para el público en la profilaxis y curación de las enfermedades y en prolongar y hacer la vida tan cómoda como fuere posible."

de principios de pura ciencia también, y mediante procedimientos inspirados en un criterio, al par que ecuánime y de absoluta sinceridad, proporcionalmente ajustado a los altos propósitos y trascendentales funciones que un organismo de tal naturaleza ha de realizar.

Dentro de este concepto, el comité iniciador considera como perfectamente viable, a la vez que por todos conceptos legítimo, el siguiente proceso de constitución de la Academia de Medicina de Puerto Rico.

1.—Se requiere como condición **esencial** e **indispensable** para aspirar al puesto de académico de número, que el candidato haya publicado por lo menos un trabajo médico **original**.

2.—Todo médico residente en la Isla de Puerto Rico y comprendido dentro del precepto anterior enviará a cualquiera de los infrascritos, antes de las cuatro de la tarde del 18 de Agosto de 1914, un ejemplar de sus escritos médicos originales publicados; o la indicación de las bibliotecas y centros bibliográficos de esta Capital donde sea posible obtener fácilmente el conocimiento directo de las referidas publicaciones; o bien, el nombre de la persona residente en la misma que pueda proveer tales referencias. Y remitirá asímismo, certificada, su solicitud y, dentro de ella, en sobre **cerrado, lacrado y sin timbrar**, una lista de los **siete** médicos de la Isla que el aspirante considere con mayor capacidad para juzgar del mérito y originalidad de sus escritos; bien entendido, que dichos siete jueces tendrán que ser necesariamente autores conocidos de trabajos médicos originales y, por ende, capaces también para aspirar a ser académicos numerarios, sin que sea requisito obligado su residencia en San Juan; y advertido además, que en la referida lista podrán o no figurar el o los nombres de cualquiera o cualesquiera de los individuos del comité iniciador, según lo estimare conveniente el candidato.

3.—En el día y hora de finalizar el plazo indicado, y en el local escogido al efecto, el comité iniciador en pleno procederá a abrir todos los sobres recibidos hasta aquel momento; acto que se llevará a cabo en presencia de un notario de la Ciudad, designado de común acuerdo por el Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico y el Presidente de la Junta Insular de Sanidad, ya conformes, quienes actuarán como testigos de excepcional calidad. Los siete colegas en quienes recaiga mayor número de sufragios en este escrutinio habrán de constituir la Junta Organizadora de la Academia, decidiendo la suerte en caso de empate De todo lo cual levantará el Notario el acta correspondiente, que será considerada como documento constitutivo inicial.

4.—El comité iniciador terminará sus funciones con la convocatoria de la Junta Organizadora dentro de los diez días subsiguientes, y con la entrega a la misma de todos los documentos recibidos y de la mencionada acta notarial.

5.—Durante un período de seis meses, a partir de la fecha citada—18 de Agosto 1914—cada miembro de la Junta Organizadora estudiará personalmente **todos** los expedientes presentados por los candidatos; y transcurrido lebrarán su primera sesión en presencia

el término, que será improrrogable, celebrarán su primera sesión en presencia del Notario y los mismos testigos, y procederán a la elección de los académicos de número como se expresa en el apartado siguiente.

Este día de la elección de los académicos coincidirá con el 41° aniversario de un acontecimiento eternamente memorable en la Historia de la Medicina y de la Cirujía: es la fecha de la célebre carta—18 de Febrero de 1874—dirijida por Lister a Pasteur, en la que se establecía íntima relación entre el método listeriano y la doctrina del sabio francés.

6.—El individuo más jovén de la Junta Organizadora leerá sucesivamente los nombres de los aspirantes por orden alfabético, y a la lectura de cada nombre los siete miembros de la Junta depositarán en una urna una papeleta doblada que contendrá o no esta palabra: "SI". Los candidatos favorecidos por lo menos con **cinco** sufragios serán proclamados académicos de número; y de tal acto se tomará razón también por el Notario.

7.—Durante los seis meses referidos tendrán derecho a presentar sus candidaturas todos aquellos médicos que publicaren trabajos originales desde la fecha de constitución de la Junta Organizadora hasta el día en que expire el indicado semestre; pero evidentemente sin intervenir estos aspirantes en la composición de la Junta Organizadora Este plazo adicional de seis meses tiene por objeto dar oportunidad suficiente a todos los colegas del país para publicar las producciones médicas originales que tuvieren en preparación o simplemente proyectadas.

8.—La Junta Organizadora convocará, en el plazo más breve posible, a los académicos electos, y dará principio así la Academia a los trabajos de su propia constitución interior y de su reglamento, después de haber elegido su primer Presidente y su Secretario perpetuo; debiéndose limitar definitivamente el número de académicos al que hubiere resultado en virtud del antedicho procedimiento, y determinándose por la Academia las condiciones y la forma de cubrir las vacantes que ocurrieren, así como la nominación de académicos honorarios y correspondientes en el extranjero.

9.—Terminadas sus labores constituyentes, la Academia de Medicina de Puerto Rico señalará el día y el sitio en que haya de celebrarse su solemne sesión inaugural.

En la seguridad de vernos favorecidos con su oportuna solicitud, acompañada de la relación de todas sus publicaciones originales de carácter médico, así como del sobre lacrado conteniendo los nombres de sus candidatos para la Junta Organizadora, nos suscribimos de usted muy cordiales colegas y amigos.

Dr. R. Ruiz Arnau.

Dr. I. González Martínez.

Dr. P. Gutiérrez Igaravídez.

Dr. F. H. Rivero. Dr. E. Font y Guillot.

AÑO X. AGOSTO 1914. NUM. 101

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL PUBLICACION MENSUAL

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL EDITOR.

De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares : : : : : : se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica. : : : : :

Redacción: Luna 41. Box 1306. San Juan, Puerto Rico.

SUMARIO

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO X. AGOSTO 1914. NUMERO 101.

EL DOCTOR F. G. NOVY.

Se encuentra entre nosotros el distinguido Doctor en medicina y cirugía y eminente bacteriólogo Dr. Frederick George Novy, que llegó a esta Isla acompañado de su señora e hijas por el último vapor "Caracas." El Doctor Novy, cuyos trabajos profesionales en la Universidad de Michigan le ocupan casi todo el tiempo, estará muy poco entre nosotros y se verá obligado a ausentarse allá para el 29 del mes en curso.

Nació el Dr. Novy en Chicago en Diciembre de 1864. Oportunamente pasó a Ann Arbor, Estado de Michigan, donde se graduó de Doctor en Ciencias en 1890 y de Doctor en Medicina en 1891. En 1888 estuvo estudiando en Berlín en el laboratorio de Koch, continuó después en 1897 en el de Pasteur en París y en 1894 en Praga. Fué ayudante de la Cátedra de Química Orgánica de la Universidad de Michigan en 1887; Instructor de higiene, fisiología y química desde 1887 a 1891 y nombrado Profesor agregado en 1891 desempeñando esta plaza hasta 1893 en que la obtuvo en propiedad. De 1893 a 1902 fué profesor de bacteriología y últimamente Director del Laboratorio de Higiene de la Universidad. El Gobierno de los E. U. le designó en 1901 miembro de la Comisión para el estudio de la peste bubónica y fué miembro de la Junta de Sanidad del Estado de Michigan desde 1897 a 1899. El Doctor Novy es autor de varios trabajos importantes, recordando entre ellos una obra escrita en colaboración con el Dr. V. C. Vaughan, hoy Presidente de la Asociación Médica Americana, titulada "Ptomainas y leucomainas"; Toxinas celulares; La cocaina y sus derivados; Técnica de laboratorio de química fisiológica; Técnica de laboratorio de bacteriología etc., etc., además de varias contribuciones médicas y de carácter científico en periódicos y boletines.

Damos al Dr. Novy y distinguida familia la más cordial bienvenida y deseamos que sean placenteros los días que tengamos la honra de tenerle entre nosotros, y que su viaje de regreso a los Estados Unidos sea completamente feliz.

INSPECCION MEDICA DE LOS NIÑOS DE LAS ESCUELAS.

POR EL DR. F. DEL VALLE ATILES.

Asunto de vital interés para toda comunidad civilizada, envuelve el cuidado de la salud de los niños; la inspección médica de las escuelas, rama de la medicina preventiva, aunque de reciente aplicación práctica, fué ya considerada en su real valor por Locke y Rousseau en la octava centuria; y Frank, Ling y Lórimer de Austria, Suecia y Alemania respectivamente en la novena, asignaron la importancia debida a la higiene escolar. Pero el problema sólo ha sido considerado amplia y totalmente en la actualidad después que Cohn de Breslau, Kerr en Inglaterra, Hertel en Dinamarca, Axelkey en Suecia, y Bowdich en los Estados Unidos y otros, demostraron la existencia y extensión de defectos entre los niños de las escuelas. Háse fijado en primer término el derecho del Estado a establecer la inspección médica de las Escuelas; fundado en que los niños forman el capital potencial de la nación, y por lo tanto de su eficencia en el futuro dependerá la prosperidad de todo el cuerpo político. Se acepta la necesidad de la educación, y se admite que ha de ser obligatoria; y la consecuencia de ello es que el Gobierno tiene el deber de evitar toda influencia dañosa al niño compelido a asistir a la escuela.

El exámen de los niños en las escuelas tiene por objeto llamar la atención de los padres hacia todo defecto remediable, evitar el contagio de enfermedades transmisibles y corregir toda mala influencia que afecte al desarrollo físico, mental y moral del niño.

Nadie discute hoy que la eficiencia del niño, como la eficiencia del hombre, está bajo el influjo de las condiciones físicas inherentes al individuo; desde el momento en que el Estado impone la educación obligatoria, contrae el deber de procurar que sea de una eficacia conveniente a los fines cívicos que persigue; y uno de los medios para realizar éste propósito es la inspección médica de los niños de las escuelas para descubrir primero, e influir luego en que se corrijan aquellos defectos físicos que entorpecen la acción educativa.

Como se vé, la inspección médica no se limita al objeto de averiguar la existencia de enfermedades en los alumnos para detener el curso de las comunicables, sino que establece un sistema más vasto de inspección médica para que se mantenga en todo tiempo una cuidadosa científica observación sobre la salud y el desarrollo mental y físico de cada uno de los niños, previniendo y corrigiendo vicios de conformación y hábitos defectuosos a fin de que el niño pase a través de sus años de escuela, sin que las enfermedades o defectos corregibles constituyan impedimento para su desarrollo, hasta llegar a constituir una unidad social eficiente.

Tales defectos y enfermedades pueden agruparse en: (1) los que afectan a los sentidos, (2) los que afectan al estado de nutrición y desarrollo y (3)

las enfermedades transmisibles, en cuyos grupos se comprende lo más importante de toda inspección médica escolar eficaz.

Nietzsche soñó con el superhombre; y aunque éste futuro sér ha sido considerado por muchos como anormal, si se descarta de la concepción del filósofo alemán aquéllo que la hace fantástica, es algo que puede realizarse manteniéndonos dentro del terreno firme de las cualidades humanas, perfeccionables siempre; y algo que escritores de equilibrio mental indiscutible, como Herbert Spencer, habían descrito como constituyentes del tipo ideal de hombre.

Aquellas cualidades que en concepto de Spencer hacen una vida completa, serían:

1.—Normalidad física.
2.—Capacidad mental.
3.—Carácter agresivo.
4.—Concentración.
5.—Simpatía.
6.—Visión.

Cuyas cualidades manifiéstanse en la actividad humana por la energía, poder mental, eficiencia, harmonía con las cosas y cooperación con los demás hombres e ideales.

Desarrollar esas cualidades es el trabajo educador que ha de realizar un organismo social inteligentemente interesado en el bien público. Y en esa obra grande y trascendental el médico tiene un papel de los más importantes. El, con la cooperación de **nurses** preparadas científicamente para su misión, pueden transformar en poco tiempo las condiciones de un país; actuando en la escuela sobre el niño, que, hemos de repetirlo una vez más, es como blanda cera sobre la que se puede modelar lo que deseemos que sea el hombre del futuro.

Para no citar mucho, nos referiremos solo a la ciudad de Báltimore en los Estados Unidos que organizó el servicio de inspección de las escuelas en febrero de 1905 con tres **nurses** y dos médicos, habiéndolo aumentado en la actualidad hasta 5 médicos inspectores, y 5 **nurses**.

Aun resulta poco el número de inspectores y de **nurses** en relación con el de las escuelas, pues asigna a algunos médicos la inspección hasta de 22 escuelas. Existen en Báltimore 111 escuelas de día, 26 de noche, 6 de verano y una escuela paternal con un total de 83,937 alumnos. Con tal personal sólo se pueden examinar dos veces cada niño, y solo se examinan por segunda vez los que han presentado algún defecto en el primer exámen. Se estima que el tratamiento de las **nurses** es tan importante, que debería haber una para cada 1,000 niños o a lo más para cada 1,500.

Tales **nurses** convenientemente instruídas en la ciencia sanitaria, no solo deberían vigilar por la salud e higiene personal del niño en la escuela y en la casa, sino que deberían ser las encargadas de las lecciones de higiene y fisiología que con la debida extensión deben darse en las escuelas.

Las **nurses** trabajan en Báltimore bajo la dirección de los inspectores médicos, y las notas relativas a su trabajo en las escuelas se conservan en cada una de ellas y forman la historia cla-

ra de la situación sanitaria del establecimiento de enseñanza.

Tarjetas apropiadas para el examen de cada niño, con notas acerca de la condición de la garganta, nariz, dientes, oídos, piel y cabellos es el método seguido para conservar los informes personales de cada alumno.

Cuando un niño necesita de algún cuidado médico se le envía una tarjeta a la familia, con el diagnóstico de la enfermedad, y la recomendación de consultar al médico de la familia o de enviarlo a un dispensario según el caso. Cuando el niño ha recobrado su salud presenta al maestro la tarjeta firmada, el cual la entrega a la **nurse**.

En las escuelas no se dá tratamiento, pero se excluyen niños afectos de pediculosis, de difteria, escarlatina, sarampión, varicela y otras enfermedades comunicables incluyendo la tuberculosis y el tracoma.

Se vé a simple vista que aun en Báltimore la inspección médica de las escuelas no ha llegado a un grado perfecto, pero se ha empezado y se está en el camino de llegar a una organización satisfactoria. En nuestro país, aquí, en Puerto Rico, en donde urge la regeneración de la raza, y la conservación de sus energías combatidas por mil causas y entre ellas la acción tropical, aún está por empezar éste trabajo que es de tan vital trascendencia.

La Junta Insular de Sanidad en el Reglamento que ha propuesto para las Escuelas, reglamento que aún está pendiente de aprobación por el Consejo Ejecutivo, señala ya la inspección de las escuelas como una necesidad de los tiempos.

Ojalá que ésta necesidad sea reconocida y que pronto veamos establecido el servicio de inspección médica de nuestras escuelas. Así lo demandan de consumo el interés colectivo y el progreso científico de los tiempos que alcanzamos.

TUBERCULOSIS PRIMARIA DE LA CORNEA.

POR EL DR. A. MOLINA DE ST. REMY.

La ocurrencia de tuberculosis primaria de la córnea se creía tan excepcional que muchos autores la negaban; sin embargo, las pruebas biológicas abajo presentadas parecen comprobarla suficientemente, aunque por desgracia la escasez del tejido extirpado con la cureta, no permitió el examen bacteriológico corespondiente.

El Señor X, americano, casado, sin hijos, de mediana edad, se presentó en Marzo del año pasado con una afección de la córnea derecha; la mitad inferior de la cual presentaba dos elevaciones, ambas de un milímetro de diámetro, semi-transparentes, y de color gris, que producían la impresión de partículas de gelatina pegadas de la córnea.

A pesar del curetage y cauterización enérgica persistieron las masas. Y, sospechándose tuberculosis, se hizo la prueba de Calmette, aplicándose ésta al ojo izquierdo par evitar una reacción excesiva en el afectado. El resultado fué bien positivo. Luego se hizo la prueba cutánea de Von Pirquet, que también resultó marcadamente positiva.

En vista de que varios facultativos lo habían examinado, declarándolo sin afección alguna que se pudiera relacionarse con la tuberculosis, y que gozaba de completa salud, salvo el proceso ocular, no era lógico atribuir la infección á esta causa; más cuando hubo reacción local al rededor de la lesión coincidente con el uso de la tuberculina, entonces no hubo medio de dudar de la causa de la infección de la córnea.

Habiéndose enviado la historia clínica al célebre oculista y bacteriólogo, el profesor Weeks, oftalmólogo de la Universidad de Nueva York para obtener su opinión, éste eminente autor confirmó el diagnóstico, declarando que en su opinión se trataba indudablemente de una tuberculosis de la córnea.

Como el paciente hizo constar que cuatro semanas antes del reconocimiento le había caído un cuerpo extraño en el ojo afectado, el cual le había molestado mucho, éste sería probablemente medio de infección, por inoculación de la pequeña herida causada por el cuerpo al herir la córnea.

Fuchs, de Viena, en su tratado clásico de oftalmología dice: "Tuberculosis de la conjunctiva generalmente es de origin ectógeno. Por ejemplo una partícula de polvo conteniendo bacilos entra en el saco conjunctival y por medio de sus ángulos agudos produce una lesión superficial pequeña de la mucosa, que así se infecta..... **En tales casos la tuberculosis de la conjunctiva puede ser el único foco de infección en el organismo; tuberculosis primaria de la conjunctiva.**"

En un artículo titulado "De la tuberculose oculaire" leído ante la Sociedad Francesa de Oftalmología, y publicado en "La Clinique Opthalmologique" de Agosto 1913, Abadie, mantiene que la tuberculosis ocular se ha demofstrado experimentalmente ser primaria y no secundaria como generalmente se suponía en la gran mayoría de los casos. Además habla de lo resistente que resultan estas lesiones, que necesitan largo tiempo para su curación y que contribuye grandemente á esta el tratamiento general iodurado por ser específico el iodo contra el bacilo de Koch.

El tratamiento del caso mencionado después de la cauteración y curetage, consistió en el uso de colirios de dionina y atropina, de iodoformo en polvo y vendage y cura aséptica.

La córnea aún presenta una cicatriz muy sospechosa, después de tanto tiempo.

THE TREATMENT OF AMOEBIC DYSENTERY.

POR EL DR. WALTER A. GLINES.

For centuries amoebic dysentery has been one of the most dangerous of tropical diseases and, from the economic standpoint, one of the greatest destroyers of human efficiency in any large aggregation of workers, miiltary or civil, in the tropics.

The following notes were made, for the most part, during the writer's term of service on the Canal Zone and continued for four years in Porto Rico, about four hundred cases of amoebic dysentery being studied:

The patients have been of varied nationalities, including Americans, English, Spaniards, Chinese, Wset Indian negroes and East Indian coolies. I have not yet seen amoebic dysentery in a native Porto Rican. The diagnoses were made from the clinical symptoms and the examination of the stools, in all cases.

HYGIENIC TREATMENT.

If the patient is greatly prostrated, with frequent stools and tenesmus he should be placed in bed and kept there until improvement is noted. If the symptoms are milder, cases do better taking a moderate amount of exercise each day and sitting out in the open air. In the acute cases, a diet of milk and eggs should be given and the pain and dysentery controlled with opium. During convalescence the patients should have a liberal diet and their blood should be examined, to control the anemia.

LOCAL TREATMENT.

The lesions of amoebic dysentery are located, for the most part, in the caecum and large intestine, and these can be directly treated by means of medicated enemas.

QUININE IRRIGATIONS.

During the early years of my service in Panama, the most common treatment was by means of quinine enemas. In hospitals this has the advantage of being a cheap method of treating a large number of cases and the enemas can be given by nurses orderlies. As a rule, they do not causa pain or inconvenience, but occasionally the patients are encountered who refuse to take it. Solutions of from 1 to 1,000, to 1 to 500, may be used and great care should be exercised in fully distending the lower bowel as far as the caecum. The patient is placed in the Sims position, with the hips well elevated and the rectal tube (which should measure 30 inches) should be well lubricated with vaseline and carefully inserted into the rectum. The fluid, which is contained in an irrigator about three feet above the bed, should be allowed to flow slowly in and the tube is advanced as the fluid distends the bowel. During the first injections but small amounts of fluid can be tolerated but after a few irrigations as much as two liters can be retained. After the injection

has been made, the patient should be directed to turn on his right side and hold the quinine solution as long as possible. As a rule these injections are given once a day for about two weeks and daily examinations of the stools for amoebae should be made. At the end of this time, the patient should have no injections for a week and if the stools show no amoebae at the end of this time, he may be discharged. No patient should be discharged without careful examinations of the stools, for many times the symptoms will disappear although amoebae may still be present.

The results from this treatment were successful in many cases, especially in the earlier stages of the disease, and I consider it the best form of the irrigation treatment.

THYMOL IRRIGATIONS.

In the Philippines many cases of amoebic dysentery are treated by Thymol irrigations but my experience with this drug has not given very favorable results. The injections are, at times, very painful and, in once case, prostration and death came on directly after the Thymol irrigation.

ARGYROL IRRIGATIONS.

I have used these irrigations with very good success, especially in children. Dysentery rapidly cleared up and the amoebae disappeared from the stools. The cost of this drug prohibits its use in large institutions and hospitals where many cases have to be treated.

IMPECAC TREATMENT.

I have used this treatment in about sixty cases and the results have been very favorable. The main objection to the treatment is the fact that at times it causes great nausea in the patient and that it necessitates a liquid diet and rest in bed during the period of treatment. The ipecac should be given in 20-grain doses, night and morning, in salol-coated pills. These should be given preferably after three hours fasting. Usually in about a week the amoebae will disappear from the stools. The treatment should be repeated, if necessary, in two weeks.

CHAPARRO AMARGOSA.

In The Journal of the A. M. A., Vol. LII, No. 20, P. I. Nixon, of Texas, describes the treatment of several cases of amoebic dysentery with the Mexican plant Chaparro Amargosa. He used an infusion obtained by boiling the plant and gave it both by mouth and in irrigations. I have had no experience ce with this drug and the author of the article has used it in only ten cases. It is too small a number to base any conclusions upon.

BISMUTH TREATMENT.

Deeks, of Panama, claims excellent results in the treatment of amoebiasis caused by Entamoeba histolytica, by giving large doses of bismuth. His treatment is as follows:

"1.—Rest, in order to increase the patient's resistance and give the mini-

mum of movement to the bowel. This is classical treatment in all acute infections.

"2.—A generous milk diet, because it is physiologically nutritious, admits of a minimum of intestinal putrefaction, and is practically absorbed before it reaches the large bowel, which, owing to its ulcerative condition, is more or less physiologically inert.

"3.—Saline or plain water irrigations, one to three daily, purely for the purposes of lavage in order to rid the bowel of toxic products.

"4.—The administration of bismuth subnitrate in heroic dosage. We give a heaped teaspoonful, equivalent to about 180 grains by weight, mechanically suspended in almost a tumbler of plain or preferably effervescent water, every three hours, night and day in severe cases, lessening the amount only when improvement takes place. The mechanical suspension in a large amount of water is essential, otherwise it is prone to form a paste, thus lessening its physiologic effect. When the stools are fewer in number and the tongue becomes clean, the number of doses is reduced to three or four daily. In very chronic cases it is wise to continue one or two doses daily for a month after convalescence is established. The absolute milk diet is not departed from until the tongue clears, the tenderness over the bowels disappears, the lack of elasticity in the abdominal skin returns to normal, and the number of stools has been reduced to one in twenty-four or forty-eight hours. Then a normal diet may be gradually resumed as in convalescence from typhoid. We do not object to, but recommend, plain fruit-juice once or twice a day instead of the milk during the acute attack."

In several cases treated in this manner I have noticed recurrence in about 75%. This is due in part, I think, to the fact that the amoebae may be harbored in the folds of the mucosa of the appendix and give rise in time to another infetcion.

SALVARSAN TREATMENT.

Several observers have claimed that after administration of salvarsan or neosalvarsan for the treatment of syphilis in patients who also had amoebiasis, the amoebae disappeaored from the stools and tre dysentery was checked. I have han only two cases of this character and in both of them the salvarsan had no efect on the amoebae.

EMETINE TREATMENT.

Since this treatment was introduced by Rogers, we seem to have now a specific for the treatment of amoebic dysentery. I give injections of emetine hydro chloride in 1-grain doses daily for five days, an ounce of magnesium sulphate is then given and the stools examined for amoebae. I am in the habit of repeating the injections five days more, whether the amoebae are found or not. In all my cases so treated, the results have been little short of marvelous, the dysentery, pain and oppression have ceased and the stools rapidly assumed a normal form and color. In no case have I seen

nausea follow the injection. Another great advantage of this treatment is hat it may be given in the office by the physician and, unless the patient is very iil, he does not have to give up his business or occupation.

SURGICAL TREATMENT.

There are some cases which, at the time they are seen by the physician, have advanced to such a stage that they do not respond to any medical treatment. In these cases surgical intervention should be used as a last resort. A small incision is made in the right iliac fossa and the appendix hooked up by the fingers and brought out to the wound. The meso appendix is sutured to the abdominal wall. The tip of the apendix is opened and a catheter inserted for the purpose of irrigations and to carry predigested foods.

CONCLUSIONS.

Of ail these methods of treatment, I consider emetine injections to give the most favorable results in the treatment of amoebic dysentery.

SESION CIENTIFICA DE LA ASO. MED. DEL DTO. DE SAN JUAN.

En la sesión científica de la Asociación del Distrito de San Juan, correspondiente al mes de Agosto, el Dr. Jorge del Toro, cirujano del Hospital Municipal de San Juan presentó un caso operado, de gastro-enterostomía. Leyó el historial de un caso fatal de úlcera perforante del duódeno con el objeto de escoger dos casos extremos de la misma afección: el fallecido y el operado que presentó, el cual dice se encuentra perfectamente bien, come de todo sin sentir molestias, vá aumentando de peso y está trabajando.

Después de leído el primer historial, habló el Dr. de lo grave que son las perforaciones de úlceras del duódeno y de lo difícil que es hacer un diagnóstico seguro. "Por fortuna para los enfermos, dijo," el tratamiento de éstos cataclismos abominales no es más que uno, abrir el vientre; toca entonces al cirujano hacer el resto."

Después de presentar al operado, hizo una historia rápida de la evolución de la operación de gastro-enterostomía; dijo que la técnica es muy variada como también los mecanismos inventados para efectuarla. Recientemente dijo, el cirujano J. B. Murphy ha ideado un botón de forma oblonga que no tiene las desventajas del botón redondo a pesar de no haber perdido ninguno de sus méritos; éste último botón no deja una abertura redonda que pueda dar lugar a estrecheces posteriores, sino que deja una conección larga igual a la mejor que puede obtenerse por medio de suturas, sin el peligro de hemorragias post-operatorias, como habéis visto que ocurrió en éste caso.

Entiende que la mejor gastro-enterostomía que puede hacerse es la gastro-yeyunostomía posterior sin vuelta, por varias razones que expone.

El conectar el estómago al intestino

en caso de úlceras del estómago o del duodeno tiene el siguiente objeto: disminuir la dilatación y tensión intra estomacal y la acidez; ambas condiciones que evitan grandemente la curación radical de las úlceras.

He aquí el historial leído y el caso presentado:

Caso fatal de úlcera del duodeno. No. 1013. A. D., varón de 25 años de edad, blanco, soltero, oficio tabaquero. Ingresa en estado sumamente grave: circulación superficial muy pobre con areas cianóticas generalizadas; (pulso) casi imperceptible; respiración ligera y llana; temperatura 36.6 .Inquietud y estado desesperante. Se queja de fuerte dolor de vientre.

Dice que había sido siempre sano hasta el día de ayer a las once de la mañana en que al ir al inodoro y al tratar de evacuar el vientre, sintió un dolor muy agudo y repentino en el "estómago"; que desde entonces no ha podido evacuar. Ha vomitado ayer y anoche muchas veces; hoy han cesado los vómitos aunque hay náuseas. El dolor es extremadamente agudo y toma todo el abdomen, el cual se encuentra algo distendido, duro y macizo a la percusión; doloroso en todas sus partes hasta las regiones renales y por encima del hígado.

Ayer tomó purgantes que no le hicieron efecto; solamente hoy ha pasado pequeños escíbalos duros.

Dice que uno de los vómitos que tuvo anoche contenía sangre. No recuerda haber comido nada extraño. Los vómitos empezaron después de algunas horas de haberse iniciado el dolor y después de haber tomado varias medicinas caseras.

Diagnóstico.—Peritonitis aguda por trombosis del mesenterio o perforación intestinal; rotura de la vesícula biliar infectada u otro proceso séptico repentino.

Operación inmediata: Una hermana del paciente, dice que él, desde hacía mucho tiempo se quejaba de pequeños dolores del estómago.

Incisión media alta. Sale una enorme cantidad de pus amarilloso, algo teñido de hilos y de consistencia pegajosa. El peritoneo parietal y visceral, todo en general, demuestra señales palpables de una peritonitis aguda; se encuentra lleno de manchas equimóticas y de pequeñas ulceraciones. El hígado se encontraba muy separado del diafragma, pudiendo con gran facilidad pasar toda la mano por encima del órgano.

Durante la exploración fallece el enfermo por colapso.

Dado el tinte biliar del pus, sospeché enseguida que la lesión estaba cerca del hígado o de la vesícula biliar. En el principio de la segunda porción del duodeno y en la cara anterior aparecía una pequeña úlcera perforada, completamente redonda, como de medio centímetro de diámetro y sin ninguna adherencia de protección. Sus bordes están indurados, y en corte es en forma de cono: la porción más pequeña hacia la capa peritoneal, y la mayor hacia la mucosa. Por ella manaba aún bilis, indudablemente mezclada con jugo pancreático.

I

No. 1,111—B. M., varón, de 26 años de edad, casado, oficio pintor. Ingresó, junio 1o., 1914.

Admitido por dolores en el estómago y vómitos.

Historia familiar: negativa. Tiene seis hermanos; todos vivos y en salud.

Historia anterior: Nunca ha tenido gonorrea y no dá historia de sífilis. Refiere que antes de ésta enfermedad disfrutaba de buena salud. No dá historia de traumatismos en el vientre. Su oficio ha sido siempre el de pintor. Ha usado alcohol y tabaco con moderación. Previa a ésta enfermedad no había padecido del estómago o desórdenes intestinales.

Historia presente: Hacen próximamente seis años tuvo un ataque de indigestión aguda con frecuentes vómitos, cólicos y diarrea, que mejoró bajo tratamiento. Poco después siguió padeciendo del estómago, teniendo a veces vómitos, diarreas y constipación, alternando. Dolores de la región epigástrica e hipocondriaca derecha, especialmente dos o tres horas después de las comidas. También tenía eructaciones de gases que le molestaban mucho. El contenido de los vómitos dice era del alimento según lo comía y que no tenía sangre. Se sometió a tratamiento médico pero no observaba las órdenes con regularidad. Ha tomado también muchos patentizados con los cuales no ha obtenido ningún resultado.

Los síntomas se han agravado y decidió entonces venir al Hospital.

Diagnóstico. Ulcera crónica del duodeno o píloro.

Durante veinte días ha estado el enfermo sometido al tratamiento médico y dietético, pero sin resultado. El dolor no es ya solamente después de las comidas, sino que al ingerir alimento aumenta el dolor, el cual lo siente constantemente. Su estado general vá decayendo; constantemente se mueve en la cama y le es duro conciliar el sueño. Vá perdiendo peso y vomita hasta los alimentos más sencillos.

El tratamiento no logra aliviarlo. A la presión la región epigástrica y de la vesícula biliar se encuentran sensibles. El estómago muy dilatado.

Operado en Junio 23. Incisión para gastro-enterostomía.

En la unión del póloro al duodeno, en su cara anterior, lado bajo se encuentra una úlcera. La pared está arrugada hacia el punto ulcerado, y hacia él se desliza el peritoneo que recorre el píloro y duodeno; de arriba viene una adherencia del ligamento hepato duodenal, y de abajo hay adherencias del omento. La dilatación del estómago es notable. Vesícula biliar y conductos normales.

Practico una gastro-yeyunostomía (no loop), uniendo por medio de suturas de catgut crómico fino las dos incisiones de los viscos en cuestión, las que hago como de una pulgada y media de longitud.

Curso post-operatorio: Primer día: nada por la boca. Enteroclisis de solución salina con cloruro de calcio alternando cada cuatro horas.

1|6 de morfina por la noche.

2o. día. A las 4.30 P. M. hace un vómito como con 3 onzas de sangre, y se queja de mucho dolor. Hipodérmi-

ca de suero normal de caballo. Hielo al epigastrio. Alimentación rectal de leche peptonizada.

Por la noche vuelve a tener vómitos sanguinolentos; muy poca sangre coagulada.

3er. día. Por la tarde, pequeñas cantidades de agua albuminosa continuando la alimentación rectal.

5o. día. Agua albuminosa, caldo dos veces al día; café negro por la mañana; refrescos de agua de azúcar; suprimida la alimentación rectal.

8o. día. 2 platillos de atol de maicena al día.

10o. día. Enema purgante. Se aumenta la alimentación.

16o. día. Se levanta. La herida cicatriza de primera intención.

Alta a los 22 días. Desde el 3o. y 4o. día se sentía ya sin dolores.

STRENGTHENING THE MEDICAL ASSOCIATION OF P. R.

To the end that the Medical Association of Porto Rico may strengthen itself in what we consider to be its more vital organs, its district societies, it was decided by the Directiva of the Association to personally visit certain principal towns and cities of the island with the purpose of inviting a more active cooperation in the work of the Association on the part of our confreres outside of San Juan. Very fortunately this has been done without cost to the Association so far. Dr. Ashford made a visit to Aguadilla and San Sebastián and was there able to speak to several of the members of our association upon the subject. Dr. Torregrosa explained the difficulties attendant upon regular meetings of district society owing to the scarcity of members and the scattered distribution throughout distant towns of its component members, but Dr. Torregrosa was full of enthusiasm and evinced determination to help in the valuable work which the district society of guadilla can do.

On other dates, the 17th and 18th of August, Dr. Ashford visited the following physicians at Mayagüez: Dr. Martínez Guasp, Dr. Goyco, Dr. García de la Torre, Dr. Lassis Rivera, Dr. Ramírez Cuerda. Dr. Perea was not at city. The President of the society, Dr. home nor were other physicians in that aMrtínez Guasp, recived Dr. Ashford as did all the rest, most courteously, and promised to reconvene that society at an early date. So active and cultured a town as Mayagüez should not stay behind other towns where meetings are being regularyl held and should endeavor to enter into the spirit of their organization with enthusiasm, specially as by reason of the number and distinction of its members, it can easily enter into friendly competition with othmer component societies of this association.

Dr. Ashford wishes to publicly thank his colleagues who had so courteously received him in the name of the Medical Association.

"TRABAJO EFICIENTE."

El Director de Sanidad, Dr. W. F. Lippitt ha enviado a los profesionales y empleados de su departamento, la circular que reproducimos, la cual habla por sí sola de la eficiencia del trabajo sanitario realizado en Puerto Rico últimamente. Es indiscutible que el éxito ha sido espléndido, y merece ser anotado, y que le tributemos nuestro aplauso.

San Juan, P. R., Agosto 12, 1914.

Señor:

Cábeme la satisfacción de poder dirigirme a Ud., como a los demás profesionales y empleados del Servicio de Sanidad de Puerto Rico, tanto en funciones hoy como a los que, por las necesidades de nuestra nueva organización han dejado de pertenecer al Servicio, felicitándole por el incontestable éxito alcanzado ya con respecto al saneamiento de la Isla, que nos fué confiado por el Poder Legislativo de Puerto Rico en la ley de Sanidad vigente desde Julio 1o. de 1911.

Cualquier puertorriqueño que se hubiera ausentado de este país antes de la fecha de implantación de la citada Ley de Sanidad y volviese ahora a Puerto Rico, no podría menos de sentirse real y justificadamente orgulloso del notable progreso que, en las condiciones higiénicas de nuestras poblaciones, edificios públicos y viviendas particulares se ha efectuado en nuestra Isla, durante ese corto lapso de tiempo. Ese cambio no ha sido superado y quizás ni siquiera igualado, en tan corto tiempo, en ningún otro país, cualquiera que sean sus condiciones de progreso y los recursos pecuniarios con que cuente.

El pronto éxito que obtuvimos en la campaña de extinción de la peste bubónica que nos invadió hace poco más de dos años, nos es envidiado por todos los países civilizados y no tiene igual en la historia de esa terrible enfermedad en ningún otro. De él podemos enorgullecernos a justo título y tanto más cuanto que, el esfuerzo para lograr ese éxito tan lisonjero, fué casi exclusivamente hecho con los recursos la capacidad, inteligencia, abnegación y energías de nuestro propio pueblo.

La eficacia del trabajo sanitario en Puerto Rico viene ya demostrándose de un modo preciso por las cifras de nuestras estadísticas demográficas, cuya mortalidad ha ido disminuyendo cada año hasta alcanzar, en el próximo pasado, la de 18'6 por mil; lo que nos hace un ahorro de 5,832 vidas por año, comparado con el año 1911 a 12 en que empezó nuestra nueva organización.

Ese resultado, ya bueno en absoluto, ha de parecerlo aún más si se tiene en cuenta el corto tiempo en que se ha obtenido y nos permite esperar que, continuando la obra que nos está confiada, con la misma intensidad y eficacia que hasta ahora, llegará en breve plazo un tiempo en que el promedio de la duración de la vida en Puerto Rico no tendrá nada que envidiar al de los pueblos considerados como los más adelantados en cuestiones de Sanidad.

Por su eficáz colaboración en el buen

éxito obtenido en Puerto Rico por nuestro Servicio de Sanidad, le reitero a Ud. mis mejores felicitaciones, esperando que su valioso concurso no ha de faltarnos para alcanzarlos aún mayores en el porvenir.

Atentamente,

W. F. Lippitt,
Director de Sanidad.

EN PRO DE LA SALUD PUBLICA.

Por la dirección del Departamento de Sanidad se ha invitado a los profesionales del Servicio Sanitario de la Isla, a contribuir, con estudios especiales acerca de algún problema de salud pública, a su resolución en bien del interés general.

Copiamos a continuación la circular a que nos referimos, que está inspirada en un buen propósito, y que sin duda dará ocasión a trabajos interesantes de higiene local.

San Juan, P. R., Agosto 12, 1914.

Señor:

Hay muchos problemas que se relacionan con la salud pública en la Isla, los cuales son de sumo interés no solamente al Servicio de Sanidad, si que también a todo el mundo en general. Es mi deseo, como sé es el de Ud., que el Servicio de Sanidad sea conocido no solamente como un instrumento para la limpieza de calles y cualquier otro trabajo semejante, sinó que también como un cuerpo activo, luchador, estudioso, científico, dedicado a toda clase de trabajos que puedan ser beneficiosos a la salud pública. Persiguiendo este fin, deseo que Ud. en el próximo año haga un estudio especial sobre algún problema de la salud pública en su comunidad, que le sea de interés a Ud. así como también al Servicio y al público en general. Preferiría que Ud. mismo eligiera el tema. Cualquiera ayuda que necesite de esta oficina como de cualquiera de los laboratorios se le facilitará con gusto. El informe de sus estudios sobre este tema se publicará en el boletín oficial del Servicio y el mérito será suyo.

Me gustará me escriba particularmente sobre sus deseos en este asunto y de sus planes tan pronto los tenga hechos, y entonces tendré especial gusto en comunicarme con Ud. y ayudarle en todo lo que me sea posible.

Atentamente,

W. F. Lippitt,
Director de Sanidad.

SOCIAL.

El banquete organizado por la "Profesión Médica" en honor del Dr. Frederick G. Novy, tuvo lugar la noche del 20 del actual en el "Unión Club," en donde, congregados un buen número de médicos de San Juan, saludaron en nombre de la profesión médica portorriqueña al distinguido bacteriólogo.

El acto revistió un carácter fraternal, y en él reinó la alegría más cordial. El Dr. Pedro Gutiérrez Igaravídez fué el encargado de saludar al Dr. Novy en nombre de la Profesión Médica de Puerto Rico y cumplió su cometido bellamente haciendo resaltar los méritos del huésped obsequiado y dándole a conocer algo de la vida científica que realzan en nuestro país los médicos, presentándole a todos y cada uno de los comensales, expresando la labor llevada a cabo por cada uno de los presentes, dentro de la práctica médica.

El Dr. Novy contestó en sentidas frases, expresando el placer que le causaba la manifestación de afecto que recibía, felicitándose de hallar en Puerto Rico una rama de la A. M. A., y declarando que entendía que la distinción recibida no era expresión personal a él, sino a un representante de la ciencia Médica americana. Terminó el acto con manifestaciones efusivas de amistad entre todos los concurrentes.

RECEPCION EN LA CASA DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

Cumpliendo el programa acordado, la Asociación Médica de Puerto Rico dió en su domicilio una recepción en honor del Dr. Frederick G. Novy. Allí se reunieron los miembros de ésta Sociedad en la noche del 21 de las corrientes, revistiendo el acto los caracteres de seriedad y de franca cortesía que corresponde a reuniones de ésta índole. La Asociación obsequió cumplidamente al distinguido huésped y a los concurrentes, y se pasó una velada muy agradable.

NOTAS VARIAS.

FRECUENCIA DE LA TRANSICION DE LA ULCERA DEL ESTOMAGO AL CANCER.

Por el Dr. Julius Friedenvald.

Mucho interés ha despertado en los últimos años la frecuencia del desarrollo del cáncer del estómago sobre la cicatriz de una antigua úlcera.

Entre los antiguos escritores, Couveilhier (1839) y Dittrich (1848) fueron los primeros que llamaron la atención hacia este hecho; Zenker en (1882) sostuvo que todos los casos de cáncer del estómago habían tenido su origen en una simple úlcera del estómago. Hauser en (1883) fué de los primeros que señaló claramente desde el punto de vista histológico la transición de la úlcera hacia una proliferación cancerosa. Desde entonces varios autores han diferido extensamente acerca de la frecuencia de esta transición. Haberlen

estimaba en un 7 por 100 los casos ocurridos de esta manera; Miculier en 7 por 100; Rosenheim 6 por 100; Osler 2.6 por 100 mientras que Moyrrigan lo estima en 6o por 100; William Mayo en 54 por 100; Graham en 62 por 100 y Wilson y Mac Carty en 71 por 100. Es dificultoso reconciliar la gran diversidad de opiones de los diversos autores. Mientras, es generalmente admitido que el carcinoma del estómago se desarrolla comunmente sin haberse ofrecido una historia previa de disturbios gástricos prolongados, se ha mantenido con frecuencia que esto no milita en contra de la teoría del desarrollo del carcinoma sobre la base de una úlcera oculta, porque Brinton ha demostrado la presencia de la úlcera gástrica en cerca del 5 por 100 de individuos muertos de enfermedades diversas.

Peterson ha discutido recientemente de nuevo este asunto, y aunque no niega la posibilidad de una transformación de la úlcera en cáncer, duda de la gran frecuencia de esta transición. El presenta, tanto clínica como patológica evidencias para apoyar su creencia. Clínicamente señala el hecho de que no obstante que ciertos pacientes afectados con carcinomas dan una historia de trastornos gástricos que han durado muchos años, esto no indica en manera alguna que estos síntomas sean debidos a ulceración; y aún más, el hecho de que el paciente tenga una historia de trastornos gástricos de larga duración, no está necesariamente en contradición con nuestra manera de ver, en lo que concierne al crecimiento de los cánceres; pues muchos crecen poco a poco, y su desarrollo se hace en largos períodos de tiempo.

Hace notar el hecho de que ciertos pacientes afectados de cáncer, en los cuales se ha practicado la gastro-enterostomía, a menudo viven dos o tres años después de la operación; por otra parte, ha observado casos en los cuales el cáncer y úlcera del estómago se encuentran en el mismo individuo independientemente, distintos entre sí en absoluto. En cuanto a la evidencia patológica, Peterson indica el hecho de que, no obstante las estadísticas de Wilson y de Mac-Carty, de que el 71' por 100 de cánceres se originan en el tejido cicatricial de una úlcera, la presencia de tejido cicatricial no es necesariamente evidencia de no malignidad, y esta condición puede haber existido antes de que pudiera ser reconocda por tal, sea clínica o patológicamente. Por otra parte, la úlcera del duódeno es muy frecuente, mientras que el cáncer es muy raro; y el cáncer es más común en la segunda porción del duódeno, que en la primera; mientras que la úlcera es estrictamente rara en la segunda. Si el cáncer se desarrollara de la úlcera, se observaría con más frecuencia en la primera porción del duódeno. Paterson también señala el hecho de que en muchos casos de úlceras se han practicado gastro-enterostomías, y sin embargo estos pacientes rara vez han muerto de cánceres, aunque la úlcera permaneciera no perturbada. También hace observar que sólo el 1 por 100 de estos casos mueren de cáncer. Kocher informa acerca de 50 casos los cuales fueron operados, habiendo sido observados los pacientes por un período de 2 a 12 años

después de la operación, y ni en uno solo se manifestó ningún carácter maligno. Gressot sólo observó el 2.3 por 100, ocurriendo después de ésta. Aschoff mantiene que la relación que existe entre la úlcera y el carcinoma ofrece dificultades grandes, y muy pocos autores han estudiado cuidadosamente este asunto. Hace notar el hecho sorprendente de que un gran número de úlceras gástricas crónicas, llamadas úlceras callosas por los cirujanos, que son aparentemente úlceras gástricas ordinarias, microscópicamente examinadas resultan cánceres, y no son úlceras degeneradas en cánceres, sinó cánceres transformados en úlceras típicas. En los materiales enviados por Enderlern la apariencia de la úlcera podría ser clasificada de un modo regular como úlcera callosa, mientras que por otra parte una difusa infiltración cancerosa aparecía en la base extendiéndose hasta la capa serosa, con desarrollo relativamente pequeño en los bordes, de lo cual puede definidamente llegarse a la conclusión de que el carcinoma primario existía con ulceración secundaria.

En un estudio de 1000 casos de cáncer observados por mí, de los cuales se ha llevado un cuidadoso registro, había historia de algunos desórdenes digestivos previos en 232 casos (23.2 por 100). De los 232 casos, 190 habían tenido ligeros ataques de indigestión por un período de cinco años o más antes de la enfermedad gástrica presente; mientras que 25 habían tenido ligeros ataques sólo durante los últimos cinco años que precedieron a la enfermedad. Del remanente de 123 casos, 32 habían tenido indigestiones crónicas más o menos durante toda su vida; y de los cuales 29 la habían padecido, principalmente durante los últimos 5 años precedentes a su enfermedad actual; 73 casos tenían una historia definida de úlcera gástrica primitiva. Es por lo tanto evidente que en los 1000 casos solo el 23 por 100 presentaba una historia previa de trastornos digestivos, aún de la clase más ligera; y que el 7.3 por 100 dió una historia directa de úlcera. Si por consiguiente, todos los primitivos trastornos digestivos son considerados como debidos a úlcera, la formación del cáncer gástrico por transición de úlceras no había ocurrido sino en 23 por 100 de casos; si todos los casos q. ofrecieron una historia de ligeros trastornos digestivos se dejan de tomar en cuenta, entonces el percentaje se reduce al 12 por 100. Nosotros por tanto sostenemos, no obstante el testimonio de Wilson y de Mac Carty, referente a los 109 casos (71 por 100), que presentaron evidencia patológica, macro y microscópica; "esto es, grandes úlceras con tejido cicatricial en el centro, de bordes caídos de base profunda en la cual el cáncer existía, los que casi todos se habían originado sin duda en la pequeña curvatura del estómago, en el sitio habitual de la úlcera gástrica y que además casi todos los casos daban una historia clínica de úlcera gástrica por un largo período de años precedentes al tiempo relativamente corto en que fué reconocido el cáncer", del estudio de nuestros propios casos desde un punto de vista clínico, así como teniendo en cuenta los estudios patológicos de Aschoff, que esas cifras son muy altas, y aunque creo que las úlceras gástricas se transforman a

veces en malignas, no considero que este cambio tenga lugar en más del 23 por 100 de casos y probablemente ni aún en tan alta proporción.

"Boston Medical and Surgical Journal".

VAGITUS UTERINO.

INFORME DE UN CASO PRESENTADO ANTE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE NUEVA YORK SECCION DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.

Por el Dr. George L. Brodhead.

El autor recuerda que Telfair relató un caso de vagitus uterino en el "New York Medical Journal", Octubre 2 de 1913. Se dijo entonces que todo trabajo acerca de este tópico en años recientes, había levantado una verdadera tormenta de crítica y hasta de ridículo. La más dura vino de parte de los tocólogos de larga experiencia. Al final del artículo Telfair dijo que de los 44 casos informados, más de la mitad eran casos de partos, en que hubo que operar, 11 de los que eran casos de forceps, 15 de versiones y uno de un arreglo del brazo y del cordón umbilical. La mortalidad fetal fué de 10 por 100; muchos de los niños sobrevivían solo después de esfuerzos prolongados para resucitarlos. El paciente del doctor. Brodhead era el de una septimípara, cuyo trabajo empezó el 24 de Marzo de 1911, a las ocho de la mañana. El primer período duró diez horas, y fué durante éste estado que la fueron rotas las membranas artificialmente. El segundo período fué prolongado, y se decidió aplicarle el forceps. La cabeza estaba baja, el corazón del feto daba 140 a 150 latidos y el pulso de la paciente era de 128. El doctor F. M. Turnbull, el médico interno, encargado del caso, informó que la rama derecha había sido introducida hasta la oreja izquierda, y que estaba ya próximo a introducir la rama izquierdo, cuando oyó un grito agudo bien distinguible del niño. Dicho grito fué oído también por el doctor Stilson que daba el anestésico, por una mujer que había en el mismo cuarto, y por otra que estaba en el del lado. El grito continuó por intervarlos hasta que se extrajo la cabeza, trece minutos después. El niño estaba en muy buena condición, tenía un buen color, y pesaba diez libras y diez onzas. A la lista de casos reportados podría añadirse uno de que dió cuenta a la Sociedad de Obstetricia de Nueva York, y anotado en los informes de esa Sociedad, del 1906 al 1907, en la página 257. El doctor Marx dijo que él tan solo había oído una vez grito semejante en su larga experiencia. Cuando se discutió el caso, un miembro de la Sociedad y eminente médico de partos dijo que era su opinión de que tal grito era imposible. En el caso en cuestión no había duda en su mente acerca de la exactitud y de la certeza de los observadores.

El doctor Malcol McLane dijo que el caso que él había reportado era indudable. La cabeza del feto estaba bien arriba en el útero. Había succión y él se asombró al oir gritar al niño; continuó el grito por varios minutos. El había visto muchas ocasiones en las que

el niño había gritado estando en la vagina, y no creyó que éstas fueran dignas de ser mencionadas, pero en este caso el niño permanecía aún bien arriba en el útero.

El doctor Telfair preguntó que si éste había sido un caso de operación.

El doctor McLane contestó que el caso se había estado preparando para operarle cuando se introdujo aire en el útero a lo cual atribuye este grito.

El doctor Telfair dijo que algunos casos han sido explicados atribuyéndose el sonido a la vibración de alguna membrana mucosa.

El doctor Brodhead preguntó cuándo había sido hecho este informe.

El doctor McLane contestó que éste había aparecido en las anotaciones del "American Journal of Obstetrics", probablemente, hacía diez y seis años. El caso había sido expuesto con todos sus detalles ante la Sociedad de Obstetricia de Nueva York, hace diez y seis años.

LA DETERMINACION DE LA TENSION ANESTESICA DE LOS VAPORES DE ETER EN EL HOMBRE; CON ALGUNAS DEDUCIONES TEORICAS DE ACUERDO CON EL MODO DE ACCION DEL ANESTESICO VOLATIL COMUN.

La palabra "tensión anestésica" se emplea para indicar la presión parcial del vapor de éter la cual después de establecida puede mantener al sujeto en el estado anestésico quirúgico ideal, por un período de tiempo indefinido. Se suministran curvas que demuestran que la tensión anestésica del vapor de éter para el hombre fluctúa entre los 45 y 54 mm.—probablemente 51mm.

Una hipótesis útil basada en la teoría de Meyer de Overton se sugiere para explicar el modo de acción de la inhalación volátil de los anestésicos, la cual puede resumirse en la equación cuantitativa reversible Mn+An=Mn-An, en la cual el por ciento de la saturación de las moléculas susceptibles en las células nerviosas (Mn), y, por tanto, la inhibición de la función celular—la profundidad defectiva de la anestesia, es dependiente de la tensión del vapor anestésico (An) al cual están expuestas estas moléculas susceptibles.

Para harmonizar el hecho de que las grandes variaciones ocurren en la cantidad del éter requerido por los métodos usuales de anestesia, con el hecho de que la misma tensión del éter produce el mismo grado de anestesia en todos los pacientes, debe apuntarse que la variación aparente se puede contar por: (1) cambios en el volúmen de la respiración; (2) cambios en el grado de la circulación; y (3) por una alteración posible en la rapidez cual la reacción reversible arriba citada tiene lugar bajo un medio químico ligeramente distinto.

UN SISTITUTO DEL CURETAJE

Por F. Welton.

El autor dice que la cureta es un instrumento que no es capaz de producir

los beneficios que originalmente se esperaban de él; que el curetaje del útero, en manos inexpertas, es una operación difícil; que con ella se puede hacer más daño que bien; y que se emplea muchas veces sin razón para ello; que el curetaje se ha hecho una cosa corriente, y que puede prescindirse de él usando medios terapéuticos.

La tintura de iodo es el mejor sustituto del curetaje uterino. Se aplica insertando tiras de gasa saturadas con tintura de iodo diluída a mitad de su fuerza, a través del cervix dilatado. Cada gasa se deja en el canal como un minuto. Como regla general se usan cinco u ocho tiras de gasa; la última se deja en el útero por 48 horas si se necesita un drenaje.

"Medical Journal".

METODO DE MILNE PARA EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DEL SARAMPION Y DE LA ESCARLATINA SIN AISLAMIENTO.

Se habla mucho en este momento de un método inventado por el Dr. Milne, médico de "Dr. Barnado's Homes" cerca de Aberdeen y que permite sin necesidad de aislarlo tratar y asegurar la profilaxis de los enfermos de Sarampión y de Escarlatina, tanto en las familias, como en las instituciones.

El Dr. Gaullier L'Hardy, que ha dado a conocer en Francia el método hace tres años, ha llamado de nuevo la atención recientemente en la "Gazette des Hopitaux" (20 de Junio, 1914) acerca de sus principios.

Desde que se sospecha o se ha hecho el diagnóstico de escarlatina, porque fué a la escarlatina a la que se aplicó primeramente el procedimiento, el enfermo es suavemente friccionado de la cabeza a los pies con aceite de eucaliptus. Este fricción se repite mañana y tarde, cuatro días; después, a partir del quinto hasta el décimo se hace una fricción diaria.

Al mismo tiempo se pintan las amigdalas y la faringe yendo tan arriba y tan abajo como sea posible, con un tapón de uata, montado de preferencia en una pinza y completamente imbibido en aceite fenicado al dos por ciento. Estas limpiezas se ejecutan cada dos horas durante el primer día, y más de tarde después. El tapón debe tener para cada niño las dimensiones de la útlima falange de su pulgar.

Cuando se trata del Sarampión, es bueno tomar algunas medidas complementarias. Desde la aparición del exantema, y si es posible desde que se manifiesta el coriza o son visibles las manchas de Koplik, se procede al tratamiento de su cabeza y del pecho una anch arma dura cubierta con una lámina de gasa sobre al cual se pulveriza de tiempo en tiempo esencia de eucaliptus. Por este medio se detienen y se destruyen los gérmenes patógenos que la tos podría proyectar a una gran distancia.

Las ventajas de éste tratamiento serían las de evitar las infecciones secundarias, y sobre todo la de hacer innecesaria toda precaución de aislamiento y de desinfección, pudiendo los enfermos estar en contacto y habitar con individuos sanos con toda seguridad para éstos y aún pasear su desca-

mación por todas partes si se trata de la escarlatina.

Mme. Nageote-Whilbouchewitch ha consagrado a éste método un artículo en la "Presse Medicale" (13 de Junio, 114). Ella preconiza el empleo sistemático del método de Robert Milne, sea en las familias o sea en el Hospital. "En las salas de tosferina, dice ella, habría que tomar una medida radical, porque el Sarampión es la llaga de estos servicios; será necesario tratar todos los entrados por el método de Milne, hasta que haya pasado el período posible de incubación; los atacados de tos-ferina se sienten bien con el uso de sustancias aromáticas, y se verá así ciertamente el fin de la desoladora situación actual." Ella ha comprobado también que desde 1911 la idea se ha hecho camino en Inglaterra, puesto que el profesor Seaton de la Universidad de Londres, se expresaba últimamente así en una lección acerca de las afecciones contagiosas declarables: "Yo he visto la obra de M. Milne. Ha llegado el tiempo de autorizar a los médicos inspectores de higiene para aplicar el método de Milne. Es necesario que el Gobierno local les dé poderes suficientes y si al ley se opone a ello, es preciso hacer que por el parlamento se vote una ley a éste efecto." Sería bueno hacer un amplio ensayo de este método, que, si dá, como debe creerse, los brillantes resultados anunciados por el Dr. Milne y otros médicos del Reino-Unido, está llamado a simplificar grandemente los problemas terapéuticos y profilácticos que confrontan todo caso de fiebre eruptiva.

Le Magazine Therapeutique.

LA HISTORIA DEL VIEJO DOCTOR.

UNA NARRACION DE UN MAL SOCIAL.

Por el Dr. Isaac Williams Brewer.

Esta historia es estrictamente verdadera. La ocasión en que fué contada ha cambiado ligeramente, y algunos puntos de vista se han modificado también; pero la esencia de ella es tal y como llegó a mi conocimiento durante mi trabajo profesional.

La he dedicado a mi hermano, Madison Mills Brewer, Capitán y Cirujano Ayudante del Ejército de los Estados Unidos, cuya muerte reciente separó del servicio de nuestro país a un entusiasta y bondadoso médico. Fué él mi primer maestro en medicina preventiva, y a él le debo mucho de mis conocimientos en la prevención de las enfermedades venéreas.

Isaac WILLIAMS BREWER.
Taughannock Falls, Nueva York.

En el Colegio en donde me gradué, era costumbre de la facultad dar a la clase que se doctoraba, una comida de confianza en la noche de la graduación. Estas comidas eran algo así como la expresión de un buen deseo de que los nuevos doctores tuviesen feliz éxito en su carrera. En ese acto pronunciaba un discurso algún miembro de la facultad.

Nuestra clase tenía aficiones musicales; y uno de sus miembros escribió una canción en la cual se hacía un chiste

acerca de cada profesor de la facultad.

El mejor chiste fué el que se refería al de Cirujía, a quien se le llamaba "Triste Jaimito". La canción tuvo un éxito completo, pues era muy ingeniosa. Así que terminaron los aplausos, "Triste Jaimito" se levantó para hablar. Había una una sombría tristeza en su hermoso rostro cuando se puso de pie, y por un momento muchos de nosotros hubiéramos deseado que su nombre no hubiera sido mencionado en el canto. En las salas de clase le habíamos conocido como un profesor exacto; en el anfiteatro habíamos observado sus ágiles dedos trabajar mientras explicaba con minuciosidad cada uno de los tiempos de las operaciones. Sin embargo no era popular; y nosotros todos hubiéramos querido que otro hubiese sido electo para hablarnos en nuestra última sesión dentro del viejo colegio.

Durante un momento él permaneció de pie como si se sintiera embarazado; su cara se contrajo un poco; se aclaró la garganta con una corta tos nerviosa que nos era usual en él cuando hablaba, y mirando derecha e insisténtemente hacia nosotros, dijo:

"Caballeros; en el muy ingenioso canto que ha animado esta nuestra última reunión entre profesores y estudiantes, me habeis llamado "Triste Jaimito." Este nombre me ha sido aplicado, por tantos años, que ya me es tan familiar como el que dieron mis padres.

Los estudiantes me lo adjudicaron porque ofrezco la apariencia de tener muy poco placer en la vida. El nombre ha sido bien aplicado; porque mi vida realmente no ha sido una de placeres. Mañana vosotros jóvenes empezaréis una nueva vida y se me ha ocurrido que yo debería contarles un pequeño incidente que me aconteció en los días en que yo también era joven y empezaba la carrera como ahora ustedes—época en que yo estaba repleto de ambiciones y del ardor que despierta una preparación de colegio.

Si ustedes miran a lo lejos, a través de esas ventanas, el lago iluminado por la luna, verán el lineamiento oscuro de un collado cubierto de bosques; y entre los árboles distinguirán el techo de una vieja casa de campo. En esa casa empezó mi vida. Justamente a la entrada del bosque se halla una pequeña rústica escuela que fué edificada antes de que esta ciudad y esta Universidad fueran fundadas. En esa pequeña escuela empecé yo mi educación. No había allí más que un maestro para todos los niños de la vecindad, pero la escuela estaba dividida en varios grupos. En mi clase había una muchacha que llamaremos Clara, y un muchacho que llamaremos Guillermo. Nosotros tres formamos parte del mismo grupo durante ocho años, y éramos fieles amigos. En aquellos tiempos los muchachos se guiaban, casi enteramente por su propio albedrío, y las amistades que se formaban duraban hasta la tumba.

Guillermo era un compañero inteligente, valeroso, y audaz, a quien todos querían, especialmente las muchachas; más era evidente que entre él y Clara existía un amor duradero. Después que Clara terminó en la escuela de distrito, se marchó para una escuela de señoritas en Nueva Inglaterra; y Guillermo y yo nos fuimos al Colegio; luego Guillermo estudió leyes y yo medicina.

Durante nuestra vida de colegio vivimos juntos como hermanos, y después de graduados volvimos aquí a practicar. Guillermo se asoció a un abogado más viejo, y estaba la mayor parte del tiempo fuera de la ciudad atendiendo casos en otras cortes. Al volver de uno de esos viajes, me vino a ver para que le tratara una gonorrea. En aquella época muchos de la profesión y el público en general consideración ésta enfermedad como no peor que un catarro. Yo seguí el tratamiento corriente, pero el caso era rebelde, y se convirtió en lo que se llamaba "gota militar," a la que no le se le asignaba más importancia que a un catarro sencillo, y bajo ningún concepto se estimaba contagiosa.

Durante el último verano yo había leído en uno de los periódicos profesionales un informe acerca de algunos casos de enfermedades de los órganos de la pelvis de la mujer que habían sido tratados por un médico de Filadelfia. El demostraba que éstas enfermedades en muchos casos no eran otra cosa sino gonocócicas y que la infección había sido producida por la "gota militar" del marido. Esto me impresionc mucho, y como Clara y Guillermo se iban a casar en el Otoño, le dije a él lo que sabía, y le recomendé que por algún medio pospusiera su casamiento hasta que estuviese curado. No quiso oirme, y cuando insistí, me acusó abiertamente de querer amedrentarle para que abandonara a Clara, de modo que yo pudiera casarme con ella. Esta fué nuestra primer ruptura, y no supe más de él hasta el día de su casamiento. En este acto, con gran sorpresa de todos, yo era un espectador y nó el padrino. Todo el Otoño estuve atormentado con la idea de Clara, y tratando de resolver el problema de modo que ella se salvase, y al propio tiempo llegara a ser la esposa de Guillermo. Sin embargo no hallé solución; y en el día de la boda me encontré en la iglesia frente a Guillermo que de pie en el prebisterio esperaba a su novia. Cuando Clara pasó por mi lado me sonrió y aquella sonrisa me hirió en lo vivo. Luego, el ministro dijo en voz clara, que pudo ser oída en toda la iglesia: "Si alguien puede presentar alguna justa causa por la cual éste matrimonio no deba tenr lugar legalmente, que lo manifieste; sinó, que en el futuro siempre guarde silencio." Hizo una pausa y sus ojos, después de posarse por toda la congregación, pareció que se detenían en mí un momento. Yo sentí subirseme los colores a la cara y por un instante luché por hablar; pero sabiendo que no habría sido entendido, no dije nada y la ceremonia continuó.

Después del casamiento les ví muy poco. Al tiempo debido tuvieron un niño, pero éste murió pocos meshes después, y Clara parecía no recobrar sus fuerzas. De una muchacha fuerte, llena de vida se convirtió en una persona delicada, y rara vez salía porque siempre se sentía cansada.

Dos años después del casamiento Guillermo vino a mi oficina como si nada hubiese pasado entre nosotros. Yo me sentí muy contento de verle, porque hacía tiempo que estaba deseando volver a nuestra antigua amistad. Me habló un rato y se marchó, pero yo

comprendí que algo bullía en su mente. Pocos días después volvió, y luego de una corta conversación, me invitó a ir a ver a Clara, manifestando que estaba muy enferma.

Al día siguiente la hube de operar extirpándole los ovarios; y haciendo de una mujer de veinte y cinco años, una de cuarenta y cinco. Guillermo y yo nuca hablamos de la causa del padecimiento de Clara, y ella nunca supo que había sufrido las consecuencia de los excesos juveniles de Guillermo, cuyo fruto había recogido antes de casarse. Los sufrimientos continuaron y nunca volvió á sentirse fuerte y á estar bien. Ella al fin se marchó a la tierra a donde cesan todas las penas. Guillermo se ha convertido en un gran hombre en nuestro país, y es conocido por su real nombre por todos vosotros. Es su dinero el que ha venido por mi conducto para este Colegio, y vosotros habéis gozado de ventajas que no hubiérais tenido á no ser por los sufrientos de una mujer y de dos hombres.

En la nueva vida que ustedes empezarán mañana, encontrarán problemas similares al que me confrontó en la boda a que, me he referido; y de cuya solución dependerá vuestra felicidad y la de los que dependan de vosotros. Quiera Dios que puedan ustedes evitar la roca que hizo naufragar nuestras vidas y me convirtió en el "Triste Jaimito". En aquellos días nuestro código de ética requería absoluto silencio respecto á las enfermedades de nuestros pacientes. Ahora el silencio que hace daño a inocentes mujeres y niños es un crimen y una desgracia para la profesión en la cual acabéis de ser admitidos. No defendáis el crimen, pero al proteger al inocente, tened piedad de los caídos."

Dspués de terminar su discurso, permaneció de pié un momento: ofreciendo una maravillosa imagen de bravura; cabeza erecta, hombros nivelados, ojos azules y penetrantes que miraban francamente, mientras en su cara brillaba la plenitud de una energía que no se podría describir con palabras.

Nadie palmoteó cuando él se hubo sentado; y después de unas pocas observaciones comúnes, la reunión se disolvió y nuestros días de colegio terminaron.

Durante el verano la muerte lo llamó; nunca más le vimos después de recibir nuestros diplomas, pero su confesión abrió un nuevo campo en el de nuestra conducta y deberes profesionales.

INVESTIGACIONES HEMATOLOGICAS ACERCA DE UN CASO DE PURPURA.

Por el Dr. Hanns
y el Sr. Ferry.

Los casos de púpura de ser raros; apesar de ello, es tan mal conocida todavía esta afección, que no vacilamos en publicar la siguiente observación, la cual puede servir de documento, cuando menos.

Por otra parte, la púrpra presenta algunas particularidades interesantes con motivo de la distribución algo especial de la erupción y de la existencia de una linfocitosis del líquido cefalo raquideo; ademas de eso, la normalidad de la coagulación de la sangre en la enferma

merece ser señalada, á causa del papel que ciertos autores atribuyen á la alteración de esta función hematológica en la patogenia del púrpura.

Una joven de 18 años, sin antecedentes patológicos, está atacada desde hace seis meses de erupciones cutáneas (púrpura). Una mañana, al vestirse, descubre al nivel de la cara postero interna de ambas pantorrillas, manchas esparcidas tamañas como una pequeña lenteja y tirando á bermejo. Desde aquel momento, aparecen, cada dos o tres semanas, erupciones análogas.

La distribución de dicha erupción es casi siempre la misma y existe en los miembros inferiores tan sólo. En las piernas las manchas no presentan ninguna disposición particular; están distribuidas de una manera casi igual en toda su circunferencia. Pero en los muslos no se encuentra esta distribución sino á lo largo de una línea recta. No existen als manchas periarticulares abundantes que se notan en otras púrpuras, reumatoides, por ejemplo; al contrario, la región de la rodilla se presenta relativamente falta de elementos eruptivos.

La erupción se manifestaba siempre de una manera rápida, por lo general después de marchas algo exageradas, ó de haber bailado. La enferma experimentaba por la noche una fatiga especial, con sensación de hinchazón de las piernas. Esa sensación era de tal modo particular que la paciente podía prever una erupción para el día siguiente. Efectivamente, nunca había erupción por al noche; aparecía siempre por la mañana. Durante la noche, la erupción invadía totalmente la pierna y muslo. Su evolución era la siguiente:

El primer día, las manchas vuélvense más anchas y reúnense, pero sin multiplicarse; al mismo tiempo resultan más obscuras; la sensación de cansancio especial disminuye, la impresión de rigidez desaparece.

El segundo día de la erupción, el tobillo se hincha, pero sin dolor. La enferma no puede andar porque sus piernas ya no la soportan. Durante dos ó tres días la erupción permanence estacionaria. La erupción e hinchazón disminuyen con el reposo. Si la enferma no consiente en descansar, la pierna permanece hinchada á veces durante una semana y la marcha resulta penosa y difícil.

En ninguno de los casos, hay dolor articular.

Cuando la enferma ingresó en la clínica del profesor Schmitt, la erupción se manifestaba en la forma arriba descripta.

Son manchas purpúricas aisladas ó confluentes. La erupción es intensa, con especialidad en la cara interna del muslo.

Por otra parte, en la cara inferior de la pierna, sobre todo cerca del tobillo y aun cerca de la rodilla, se ve un gran número de manchas redondas, del tamaño de las piezas de 50 céntimos, color de rosa tirando a violado muy claro, esparcidas e ntoda la circunferencia de la región. Estas manchas, según la explicación de la enferma, son vestigios de erupciones antiguas.

La erupción duró unos seis días, se apagó y desapareció poquito á poco gracias al descanso observado por la en-

ferma. La semana siguiente, quiso levantarse; pasadas algunas horas volvieron á aparecer nuevas manchas en ambos tobillos, especialmente al rededor de los maléolos, y subían también hasta cierta altura de las piernas y muslos. Dicha erupción duró apenas algunas horas, se apagó rápidamente y desapareció casi por completo el día siguiente. El tercer día sin embargo volvió a aparecer en ambas piernas, luego en las caras anteriores de los muslos. Esta nueva manifestación desapareció á los dos días. Tres días después de ella apareció otra erupción encima de la rótula. Finalmente, aparecieron nuevas series de eruuciones, las que no prestaron la misma evolución ni la misma localización que las que no presentaron la misma evolución ni la misma localización que las anteriores.

La enferma nunca ha tenido fiebre. Los varios órganos son normales; pero existe una induración del vértice derecho, la cual nunca se ha revelado por síntoma objectivo alguno.

El estado general parece bueno. Se trata de una persona vigorosa perfectamente constituída. Sus menstruos aparecen irregularmente, pero desde hace un año tan sólo; tiene leucorrea, sobre todo en la época de los menstruos. No hay ningún indicio de sífilis. La enferma ejerce la profesión de planchadora en un gran taller mal ventilado; o tal vez sufrido una intoxicación oxicarbonada.

Los resultados del examen de la sangre son los siguientes el 18 de Junio (en plena manifestación purjúrica).

Número de glóbulos blancos	9.100
Polinucleares neutrophilos	71.00
Polinucleares eosinopphilos	8.45
Polinucleares sin granulaciones	1.51
Monucleares Mayores	9.36
Monucleares medios	8.76
Lonfocitos	0.9

1o. de Julio (durante las segundas manifestaciones atípicas):

Glóbulos rojos	4.800.000
Blóbulos blancos	8.350
Polinucleares neutrophilos	50.6
Polinucleares eosinofilos	11.1
Polinuclueares sin granulaciones	0.2
Polinucleares basofilos	0.6
Mononucleares mayores y linfocitos	36.7

En suma, la eosinofilia es franca, y esto constituye la única anomalía ee esta fórmula. El exámen e los hematoblastos mostró que eran relativamente raros, sieno su número menor que normalmente.

La coagulación sanguínea se encuentro absolutamente normal; el coagulo se contrae normalmente y en el plazo ordinario: su aspecto es normal. La enfermedad no tiene ningún síntoma clínico de hemofilia.

La busca de la resistencia globular muestra que está disminuida. Con la sangre total (glóbulos no desplasmatizados, método de Vázquez y Ribierre modificado por Chauffard y Rendu), dicha resistencia principia con el tubo 60 y es total con el tubo 30, en vez de empezar, como sucede en los casos normales, solamente con el tubo 44, y de ser total sólo con el tubo12.

Resultados análogos obtenidos con la sangre lavada y glóbulos desplasmatizados (métodos de Widal, Abrami y Brulé).

La busca del óxido de carbono en la sangre queda negativa.

No hay pigmentos biliares en el suero sanguíneo, ni urobilina en la orina. El cultivo de sangre permanece estéril.

En fin, la punción lumbar muestra una linfocitosis muy franca (30 a 40 glóbulos blancos por cada preparación).

En resumen, se trata de púrpura no reumatoidea sobreveniendo en una joven portadora de induración del vértice derecho, con manifestaciones reincidentes ocasionadas por la marcha o por la estación en pie, con topografía particular y acompañada de linfocitosis raquídea; en suma, una púrpura "mielopática", vecina, de los púrpuras "ortostáticas" conocidas y descritas desde hace muchos años. ¿La tuberculosis desempeña un papel en la patogenia? Es imposible contestar á esta pregunta. La tuberculosis es tan frecuente que no se puede dar gran valor á su existencia en nuestra enferma.

Lo sdatos hematológicos y la existencia de la linfocitosis raquídea son más dignos de llamar nuestra atención. Insisten ciertos autores sobre la irretractilidad del coágulo en el transcurso del púrpura y modificaciones concomitantes del número de las plaquetas (Hayem, Bensaude, Bensaude y Lenoble.) El caso que citamos es una prueba de que tales alteraciones de la coagulación y de la composición de las angre no se encuentran siempre en el púrpura. Es verdad que, según la opinión de Le Sourd y Pagniez, la irretractilidad del coágulo y disminución de las plaquetas son transitorias. Se las encuentra en la ocasión de las manifestaciones de la púrpura; pero, pasado algún tiempo, exámenes luteriores permiten verificar la reaparición progresiva de las plaquetas, mientras qeu el coágulo se vuelve otra vez retractil.

Pero hemos practicado dos veces el examen de la sangre en plena erupción purpúrica: la primera vez durante la primera manifestación de la púrpura, cuando la enferma entró a la clínica; la segunda vez, durante las manifestaciones atíjicas que aparecieron después de la primera erupción. No podemos pues ser censurados por haber dejado pasar el momento en que los fenómenos de la irretractilidad del coágulo y de la disminución considerable de las plaquetas se habían realizado.

Además de ello, Le Sourd y Pagniez habían ya notado en su enferma un estado hemolítico traduciéndose por "una tendencia muy manifiesta de las picadas, por más insignificantes que fuesen, hacía una hemorragia persistente". Ahora bien, nuestro caso de púrpura no presentó nada de análogo.

Sería tal vez necesario distinguir, desde el punto dev ista hematológico, varias especies de púrpura distintas.

La disminución de la resistencia globular muy neta de nuestra enferma no debía arrastrar una destrucción abundante de las hematías, pues que no hemos encontrado en ella ninguno de los signos que revelan esa destrucción. No había subictericia, ni aumento de volumen del bazo o del hígado, ni urobilinuria, ni colemia, y eso es una prueba de que la disminución de la resistencia de los glóbulos rojos puede perfectamente existir sin que se encuentre realizado el síndroma de la ictericia hemolítica.

No hemos encontrado tampoco hematias granulosas.

Conviene notar que, en el púrpura, ciertos autores han encontrado aumento de resistencia globular.

En cuanto a la linfocitosis raquídea, ya que nuestra enferma no era sifilítica, debemos admitir que estaba ligada a la existencia de la púrpura probando así la participción del sistema nervioso en la patogenia de la afección.

Debemos recordar también que esa linfocitosis fué descrita por Grenet en ciertos casos.

LA CUESTION DE LA EUTANASIA.

Varias veces planteada en el transcurso de estos últimos meses, la cuestión de la eutanasia ha originado apasionadas discusiones en los públicos médicos y extramédicos.

Atrevidos pensadores han estimado que el asunto era lo bastante importante para merecer que se reglamentara con txtos de ley, y es así que el congreso de Washington fué el primero invitado á dictar leyes sobre tal materia.

El atrevimiento norteamericano reculó y el proyecto de ley quedó enterrado.

Pero no por eso se han desanimado los partidarios de la eutanasia. Están probando ya de vencer en Europa y es así que el parlamento alemán se ha encontrado a su vez con otro proyecto.

Por más que cualquier proyecto que sea, pocas probabilidades tendrá de verse favorablemente acogido por los legisladores de un país civilizado, del hecho de que puedan proponerlo deriva la consecuencia de que puede revestir verdadero interés el verlo discutir por competentísimas personalidades, en este caso por los médicos legistas. Es desde luego lo que la **Gazette Médicale de París** ha opinado, la cual sobre el asunto ha abierto por consiguiente una consulta cerca de sus estimados lectores y amigos.

Esta nos ha valido ya numerosas contestaciones, de las cuales entresacamos hoy varios períodos, los más importantes, ante la imposibilidad material en que nos hallamos, por falta de espacio, de reproducirlas todas en su completa integridad.

Como es natural, dichas contestaciones deben dividirse en varios grupos.

Unas son francament hostiles, otras, no tan numerosas, pero en general basadas sobre razonamientos filosóficos, son favorables a la eutanasia; por último hay otras, que dimanan de mentes quizás más críticas, que discuten la legitimidad de la eutanasia y la aceptan o están propensas a admitirla bajo condición.

Vamos a dar una ojeada sucesivamente a las contestaciones de los partidarios de las distintas opiniones.

La **Gazette Médicale de París**.

LOS ADVERSARIOS.

La primera contestación que tenemos que presentar es la del doctor Variot, médico de los hospitales de París, el cual escribe:

"Soy de opinión de que la parte que toca al médico es la de conservar, defender o prolongar la vida humana.

"Si un enfermo, hasta incurable, quiere acabar con sus días, nadie puede

impedírselo, pero no toca al médico el ayudarle a hacerlo''.

Doctor G. Variot.

El doctor Lucien Graux, Director de **la Gazette Médicale de París,** también sólo encuentra graves inconvenientes en la eutanasia, cuya aplicación le parece no debiera ser nunca permitida por la ley.

''La teoría de la eutanasia no es nueva. La Asociación Médica de Nueva York se pronunció, hará unos años, por mayoría de sus miembros, en favor de la aplicación de la muerte a los enfermos incurables.

''Igualmente podría citarles a médicos Norteamericanos que pusieron en práctica la teoría de la eutanasia. El doctor Walter Kempstock, de Milwaukee, declaró hace ya muchos años:

''En mi práctica, tomé las responsabilidad de acabar con los sufrimientos de una pobre mujer, esposa de un coronel del ejército, la cual en un acceso de melancolía probó de suicidarse. Para hacerlo había puesto encima de su cama todo lo que encontró en su cuarto, pególe fuego y se extendió encima. Los auxilios llegaron demasiado tarde. El médico que la visitaba me pidió una consulta. Su aspecto era horrible de ver y estaba literalmente asada viva.

''—¿Qué quiere V. hacer, me dijo el compañero en el arte?

''—Creo que lo mejor es darle una inyección de morfina, contestéle.

''—Es mi misma opinión, añadió mi compañero; y se puso a inyectarle un centígramo de morfina.

''—Ponga más le dije.

''—No me gusta tomar tales responsabilidades, fué lo que me contestó.

''—Entonces déme la jeringa.

''Le inyectó treinta centímetígramos y la alivió para siempre de sus terribles sufrimientos.''

''Pero hablamos de los Estados Unidos.

''Por mi parte, estoy convencido de que en Francia habá pocos partidarios de la eutanasia. No creo que todavía la hayan puesto en práctica y soy contrario a su aplicación, lacual desde luego on será nunca cosa autorizada por la ley y fatalmente traería consigo abusos y sobre todo sospechas y acusaciones sin cuento.''

Doctor Lucien Graux.

Laureado del Instituto.

Director de la ''Gazette Médicale de París''.

La eutanasia no podrá ser obra francesa, estima el doctor Raymond:

'' 'Divinum est sedare dolorem,' me enseñaron en los bancos de la escuela. Dejemos pues al parlamento alemán la tarea de pensar de otro modo y de hacerles cometer a los médicos, si encuentran, el semiasesinato. Lo siento por la eutanasia: el vocablo es bonito, aunque fea es la cosa.''

Doctor Paul Raymond.

Todos nuestros sentimientos se le oponen, declara el doctor Laurent:

''Dudo de que la doctrina de la eutanasia encuentre muchos adherentes entres los médicos franceses, los cuales se distinguen a un tiempo por muy buen sentido común y por el sentimiento de lo noble de su misión.

"Primero, ¿está siempre absolutamente seguro el médico, de la índole exacta del mal reputado incurable?

"En segundo lugar, ¿no puede suceder que dentro de un plazo quizás bastante cercano, el mal incurable hasta miento nuevo curativo o al menos paliativo?

"Por último y principalmente, para aplicar la octrina de la eutanasia, hay que suponer a un enfermo desprovisto de principales religiosos. Pues bien, ¿quién puede armar que aquel enfermo no abrazará o no volverá á creencias religiosas?"

Doctor A. Laurent.

Médico del Hospital Civil de Versalles.

En cuanto al doctor Remy, de Nancy, ni siquiera admite que pueda discutirse la cuestión de la eutanasia:

"¿Es que el médico no comprende ya su bella misión: curar, si puede, aliviar á los vivos?

"Discutir para saber si el médico puede procurar la muerte, es atraer la desconsideración sobre nuestra profesión."

LOS PARTIDARIOS.

Al revés de lo que habrían podido su poner, numerosos son entre los médicos los partidarios de eutanasia que tienen el valor de defender su opinión y no vacilan en formularla francamente.

Primero tenemos al doctor Georges Levy, el cual declara que aun cuando los médicos por no decir todos, la ejercen cuando se presenta la ocasión, aunque quizás de manera inconsciente:

"¿Por qué protestar? Los médicos practican diariamente la eutanasia, y entre ellos se encuentran los mismos que contestan diciendo aquel el deber del médico no es el matar y sí prolongar la vida y calmar los sufrimientos.

¿Qué hacemos pues cuando damos inyeciones de morfina a un enfermo debidamente perdido? Calmamos sus sufrimientos, pero le acortamos la vida: practicamos lentamente la "eutanasia."

"Los errores de diagnóstico y de pronóstico son posibles y todos los médicos saben ejemplos. Pero contando con dichos errores, la discusión resulta demasiado fácil; debemos suponer pues los casos, relativamente raros, en que el error sea imposible, tuberculosis bien probada, en el período asfixiante por ejemplo. En semejante caso ¿qué es lo que nos impide aplicar la eutanasia brusca al desdichado que nos implora que le abreviemos sus sufrimientos? ¿Pero encontrarían a un juez para perseguir y condenar al médico de mi ejemplo? ¿Habría médico bastante cobarde para no llenar lo que creyera ser su cometido en tales circunstancias, ante el temor de un "Perrin Dandin" escaso de causas serias?

"No se trata pues de saber si la parte ordinaria que toca al médico es la de prolongar la vida; tampoco se trata de saber si deben hacerse leyes para dictar reglas a la conciencia del médico, si deben crear un tribunal cuyo cometido sería desde luego impracticable. Se trata de una verdadera inhibición, de una oposición de nuestra conciencia, tanto si es natural como si es fruto de una educación secular, por dar la muerte al prójimo o a nosotros mismos (oposición desde luego con harta frecuencia anu-

lada: por la locura homicida o suicida, por el uso de tóxicos como el haschic del Viejo de la Montaña o el alcohol, por todos los sofismas de los conquistadores, etc.) Es esta oposición casi invencible la que hace rechazar la muerte al Leñador o el Desdichado de Lafontaine, que impide al agonizante que absorba de una vez el jarabe calmante ó los granulados que a veces le dejamos expresamente cerca de su cama, que nos hace pedir por la familia desconsolada no ya de matar al infortunado sino preguntar ya "¿Por qué no tiene usted el derecho de abreviar sus sufrimientos?" y que sólo permite al médico dar la "eutanasia" á lentas dosis a su enfermo".

Docteur Georges Levy.

Más categóricos todavía, ciertos médicos deploran vivamente que nuestras costumbres no hayan adoptado la eutanasia. En general éstos han pasado por el dolor de ver como seres muy queridos perecieron sin haber podido hacerles mas que prolongar su suplicio.

La siguiente carta, verdaderamente impresionante, de uno de nuestros compañeros del Isére, cuyo nombre creemos deber callar por discreción por su dolor, aunque no nos lo haya pedido, es un ejemplo que no puede dejar de hacer pensar.

"Mi querido compañero:

"Quiero juntar todas mis fuerzas para encontrar el ánimo necesario para escribirle mi experiencia personal sobre la eutanasia.

"Perdí á mi hijo mayor, estudiante de medicina de cuarto año, externo de los hopitales de Lyon, fallecido a la edad de 23 años, tísico. La tuberculosis recorrió todos sus órganos. En mi ya larga práctica (pasé mi tesis el primero de mayo de 1873), nunca he visto a un tísico que sufriera lo que mi hijo o tanto como él. Las invitaciones de morfina atenuaban algo sus sufrimientos, pero prolongaban su existencia, y es precisamente lo que él no quería.

"En las últimas semanas, al verse irremediablemente perdido, quería que le dejara el medio de suicidarse, o al menos que le diera el último golpe: "¡es por compasión, papá! ¡Sufro demasiado!" Y otras veces: ¡Ya que no quieres darme el golpe de gracia, haz abrir mi sepultura y entraré vivo en ella!" Y tuve el siniestro valor de no acceder a sus ruegos. ¿Cuál es pues esa abominable ley moral que nos obliga a prolongar esos sufrimientos en vez de abreviarlos? Mucho más amargo es el recuerdo de no haber acabado a mi hijo, es un remordimiento doloroso que empozoña mi existencia.

"Por eso, cuando después un esclarecido hombre, veterinario retirado, más viejo que yo y que me honraba con su confianza, se vió perdido y me hizo prometer que le daría el golpe de gracia cuando me lo dijera,no tuve valor de negárselo. Me dió gracias bendiciéndome.

"Es decirle que soy partidario de la eutanasia.

"Salud y contraternidad."

Sin tener motivos tan penosos,, el doctor A. Hervé, de Dinard, estima que en el oprobio con que algunos rodean la eutanasia hay cierta dosis de hipocresía.

"Vemos que realmente los médicos son gente de precauciones. Su información de usted lo prueba. Su pusilanimidad moral quisiera sofocar con el des-

precio, el extremo dolor de sus semejantes. ¡Buena simpatía!

"El miedo de la responsabilidad, buena es la cosa que frena nuestra actividad en ese siglo nuevo. Pero entonces no me hablen más de la nobleza de sentimientos si es sólo el oficio lo que nos guía.

"¡La legalidad! ¡Buena es la invención de la Sociedad! Y lo probaré invirtiend el problema: la ley prohibe hasta la menor cirugía fúnebre dentro de las 24 horas siguientes a la muerte. ¿Y la cesárea "post mortem?" ¿Será necesaria una información para legitimarla? Y con todo me parece que es la mejor eugenia.

"La práctica. Esa es la única tendencia de los "practicantes". Pero háblenles de ella y todos se esquivan. ¿Y quién no ha practicado la eutanasia a sebiendas o no?

"Vayamos al grano.

"Por mi parte, afirmo que la muerte, provacada o no, es muchas veces el mejor calmante y el único (quién me contradecirá?), que muchas veces no hay otra cosa que "desear" (nadie me dirá lo contrario).

"¿Por qué no provocarla?

LOS PARTIDARIOS BAJO CONDICION.

Aun cuando, como acabamos de verlo, muchos médicos admiten la eutanasia sin restricciones, muchos son los que estiman que hay motivo de formular algunas reservas, y sin rechazarla francamente, admitirla sólo bajo ciertas garantías bien deslineadas y sólo en ciertas circunstancias.

Ahí tenemos por ejemplo al doctor Laumonnnier, el cual estima que la eutanasia puede justificarse por motivos de eugénica. Muchos son los argumentos morales que pueden invocarse en contra de la eutanasia; la eugénica da algunos a su favor, pero estos últimos se refieren más bien a la justificación de las más graves penalidades.

El doctor Le Véziel sin dejar de rechazar teóricamente la eutanasia, no puede dejar de disculpar hasta cierto punto al médico que prestara su concurso a un enfermo deseoso de no sufrir nunca más:

"La eutanasia se distingue del suicidio en que es un "cimen" cometido por el médico a ruegos o con el consentimiento de la víctima.

"El crimen entra bajo la acción de la ley.

" 'Médico,' no lo cometería.

" 'Legislador', no lo consentiría.

" 'Juez de instrucción', lo haría perseguir.

" 'Juez', lo condenaría.

"Pero en la existencia hay a veces circunstancias tan atroces que la muerte sería una redención, no sólo para el paciente sino hasta para los que lo rodean. Por eso dejando de lado toda discusión religiosa o filosófica que nos llevaría demasiado lejos, comprendo ese crimen dentro de circunstancias excepcionales en que el interés no entra para nada y como "jurado" estaría entonces dispuesto a absolverlo."

El doctor Rodiet, médico en jefe de la Colonia familiar de Dun-sur-Auron, que publicó un artículo muy interesante y muy documentado sobre la eutanasia, estima al fin y al cabo que es de desear

que se establezca en las costumbres la práctica de la eutanasia bajo la condición, como es natural, de que se tomen legítimas precauciones para evitar los abusos posibles.

"¿Habrá que desear que se introduzcan otras costumbres entre nosotros, que nuestra educación médica se modifique y que en Francia se llegue a practicar la eutanasia bajo la capa de la ley? Contestaré francamente que sí, pues me parece que nuestrav ida en su ocaso resultaría dulcificada por la esperanza de un fin que ya no sería doloroso."

Y más adelante: "¿Por qué no desear que apliquemos esos medios con más audacia, sin faltar por eso a nuestra misión, la cual es de conservar la vida y no suprimirla?

"Si el menos cobarde de entre nosotros supiera que en sus últimos momentos lo socorrerán y que se irá de este mundo sin sufrir, la idea de la muerte sería menos penosa a los que la sienten venir."

En eutanasia, como acabamos de ver con esta rápida revista de contestaciones que hemos recibido, las opiniones están divididas, los adversarios son muchos, pero muchos son también los partidarios resueltos de la nueva doctrina.

Y el mismo hecho de que pueda discutirse la cuestión es ya una evidente demostración del progreso realizado en los espíritus por la idea de la legitimidad de la eutanasia.

Es verdad que la cuestión no está todavía en sazón. Pero según las previsiones del doctor Jules Regnault, no es tan imposible que la eutanasia se convierta en realidad práctica dentro de cierto futuro.


"La Lechera."
Leche pura de Vacas.
ESTERILIZADA NATURAL.
Igual que la mejor leche fresca.
HARINA LACTEADA
DE
H. NESTLÉ
ALIMENTO COMPLETO
ALIMENTO COMPLETO
PARA LOS NIÑOS
Casa de HENRI NESTLÉ, 16 Rue du Parc Royal, PARIS.
ALMACEN AL POR MAYOR, 48 Cannon Street, LONDRES, E.C.
Pida Ud. Harina Lacteada de Nestlé en todas las principales Droguerías, Farmacias, Tiendas de Víveres.
Para pedidos á la fábrica diríjanse á los agentes generales J. Ochoa y Hno.

AÑO X. SEPTIEMBRE 1914. NUM. 102

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL PUBLICACION MENSUAL

Suscripción por un año $5.00
Número suelto 0.25

Para más informes, diríjanse la correspondencia y anuncios al Editor.

De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares : : : : : : se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica. : : : : :

Redacción: Luna 41. Box 1306. San Juan, Puerto Rico.

SUMARIO

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.
ORGANO OFICIAL
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO X SEPTIEMBRE 1914. NUMERO 102.

SALUD Y VIGOR FISICO

POR EL DR. F. DEL VALLE ATILES.

La conservación de la familia y la continuidad de la especie dependen de que la institución establecida principalmente para aquellos fines, el matrimonio, se realice en condiciones que garanticen la felicidad de los contrayentes y de la prole; entendiendo que la felicidad y utilidad final del individuo está limitada por su capacidad para llenar sus deberes en la vida, gozoso y, enérgicamente.

La santidad de esa institución, sea un acto sacramental, civil o libre, de acuerdo con las ideas de los contrayentes, no queda establecida sólo por la pureza de costumbres de los esposos después de contraído el enlace; sino que existen otras condiciones pretéritas que desvirtúan la finalidad del consorcio tanto en lo que dice relación con la felicidad de la familia, como en lo que respecta a la continuidad de la especie.

La procreación es causa de felicidad para los padres, pero a condición de que el niño venga a la vida saludable, sea normal, y que su vida esté garantizada contra enfermedades evitables.

a ignorancia es la principal causa de la enorme mortalidad infantil que se observa en todas partes; y del número de niños defectuosos que constituyen la infelicidad de la familia y una carga para la comunidad en el futuro. Cuando la sociedad haya provisto los medios necesarios para hacer desaparecer la inexcusable ignorancia de las madres, preparándolas inteligente y discretamente para las funciones matrimoniales, habremos aumentado las posibilidades de felicidad para la familia y de estabilidad para la especie, y contribuído a la santificación del matrimonio.

Pero la vida del niño no estará completamente asegurada si la sociedad menosprecia las condiciones sanitarias en que debe vivir toda comunidad culta. Como ejemplo, no por repetido menos importante, citaremos el caso de una provisión de leche contaminada. Si la sociedad no le da importancia a éste asunto, si vé con indiferencia que se persiga a los proveedores de leche impura, está contribuyendo inconscientemente a que mueran niños a granel, y consecuentemente a que la infelicidad reine en muchos hogares.

Si la cultura social no ha llegado aún a aquél grado de elevación que hace que el ciudadano preste la atención de-

bida a los asuntos que envuelve un compromiso matrimonial desde el punto de vista de la salud de los contrayentes, tal cultura es deficiente; y la sociedad pagará su atraso viendo como degenera la raza, y llevando la carga pesada de inútiles e incapaces para llenar sus funciones, a los que habría que mantener en hospitales, asilos y cárceles.

Llegado el niño al período escolar no sólo le son necesarios los cuidaddos inteligentes de sus padres, sino que el Estado tiene el deber de velar por ellos en los establecimientos de enseñanza. **Nurses** de inteligencia cultivada, preparadas convenientemente para su misión, son el necesario complemento del cuidado de la salud del niño que asiste a la escuela.

El problema de cuidar de los niños debe sernos primordial: nada hay que pueda igualarle en poderosa influencia sobre un corazón sensible.

Los sufrimientos físicos de los niños, sufrimientos de que no son responsables; los efectos físicos y mentales permanentes que heredaron, son la consecuencia legítima de un atraso social que desaparecerá cuando se le reconozca a la salud y al vigor físico la importancia que le corresponden como agentes de felicidad y fuentes de eficiencia. Entre tanto la sociedad se encuentra con una producción de niños mermada por la prematura muerte de muchos y la invalidez de no pocos. Es un deber proveer de hospitales ortopédicos en donde se reduzcan al mínimo por el tratamiento adecuado y se corrijan las deformidades congenitales; y de instituciones de todas clases en donde se subsanen las imcompetencias mentales que suelen depender de las físicas. Los retrasados intelectuales y los perversos pueden y deben ser tratados como se trata a los cojos, ciegos, sordos, y mudos; que así como es preciso disminuir las probabilidades de muerte evitando y curando enfermedades, es también necesario mejorar la condición de vida de los defectuosos mentales y físicos hasta hacerlos capaces de bastarse a sí mismos, cuando esto sea posible.

Que todo esto cuesta dinero, es cierto; pero la cuestión no está planteada y resuelta económicamente con decir, no se puede hacer, porque todo eso cuesta mucho; no; si se compara el gasto que estas medidas preventivas y curativas costarían con lo que cuestan las pérdidas de vidas útiles y la ineficacia por enfermedad, pobreza y defectos físicos y mentales, si el balance está bien hecho, veremos que resulta beneficioso a los intereses económicos de toda sociedad crear y sostener aquellos servicios que evitan enfermedades y las remedian.

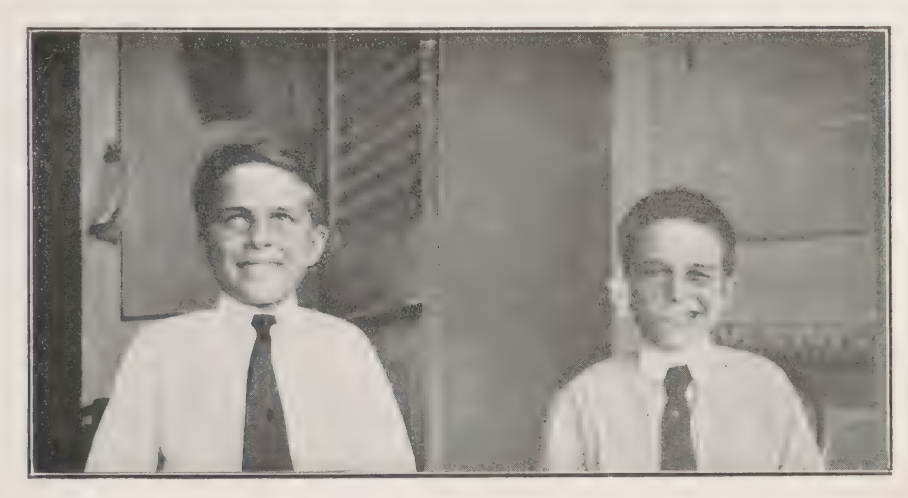
El cuidado de la salud de los niños es la garantía de la estabilidad social y del desarrollo normal de todas las actividades que debe desenvolver una comunidad civilizada; y la higiene del matrimonio y de los niños en la casa y en la escuela, estableciendo reglas para preservar la salud y asegurar el vigor físico del hombre, es la base de toda reforma que persiga esa noble finalidad.

REPORT OF A CASE OF SUPPURATION IN THE MASTOID REGION WITH INFECTION OF THE LABYRINTH AND TEMPORARY FACIAL PARALYSIS.

DR. A. H. MOLINA DE ST. REMY.

Radical mastoid operation with photographs of the result.

Master Gonzalo Gil de León, 13 years of age, school-boy, weight 65 lbs. Of healthy parents, had measles at ten months, and what appears to have been an acute nephritis at six years of age. Otorrhea began at the age of three continuing till the present with irregular intervals. Two years ago the present suppuration commenced and was marked by abundant discharge, vertigo, nausea, pain, fever, aprosexia and marked malaise.



The patient presents a deviation of the nasal septum, hypertrophy of the tonsils and adenoid tissue.

The child was operated on in the Municipal Hospital of San Juan on December 8th. 1910. When an exenteration of the mastoid region was performed, part of the labyrinth, dura mater, and lateral sinus were uncovered.

On removing a sharp splinter of bone the lateral sinus was opened and had therefor to be tamponed. A post-operative facial paralysis made itself manifest after the operation as a result of septic infiltration of the seventh nerve, and of more or less trauma. This is well shown in the accompanying illustration as well as the perfect recovery from the affection of the nerve, as is observed in the other half of the cut.

After operation the boy improved to such an extent mentally, that even after having lost nine months of school because of the operation he was able to advance from the third to the forth grade with only two months work.

He now weighs seventy-five pounds, having gained ten. And is bright and happy.

MEMORIAS DE UN MEDICO.

POR EL DR. M. QUEVEDO BAEZ.

Tenemos los Médicos, a la cabecera de los enfermos, nuestros días de suerte y de infortunio.

Un día malo, fatal, se nos viene encima. Es aquel en que llegó a nuestras manos, por hilos invisibles de la fatalidad, un enfermo, con el mal haciendo estragos ya, en su organismo.

Nos lo endosa la familia: unas veces, porque avara de los bienes materiales hasta el punto de hacer valer poco los que representan la salud y la vida de uno de sus miembros, escatimó, hasta el último instante, la llamada oportuna y discreta del médico.

Otras veces, es, que curanderos de oficio, ejerciendo barato su intruso ministerio, se dan cuenta de que hay en el enfermo algo grave, que no curan los menjurges al uso, y exhortan a la familia para que llame sin demora, al pobre médico, cuya ciencia no es la que solicitan, sinó el resguardo de la certificación médica de defunción, cuando esta ocurra, para cubrir y tapar las ignorancias, los errores y las imprudencas cometidos.

¿Quién de vosotros no ha tenido un día de desgracia en su profesión?

El enfermo que nos llaman a ver hoy, se muere en nuestras manos, unas cuantas horas después, y nosotros, que, desde un principio nos dimos cuenta exacta de toda gravedad del caso; pero, que no pudimos rehuirlo, recogemos después, sobre nuestros hombros de médicos, la carga pesada y fatídica, de una responsabilidad que no nos pertenecía.

Como el soldado, en traje de pelea, en campo abierto combatiendo por la vida de aquel enfermo, que la desgracia puso en nuestro camino, caímos a la postre, vencidos, agotados todos los recursos y los medios que una ciencia insegura, a veces veleidosa, puso a nuestro alcance.

Abnegados, con ese estoicismo propio de quienes consagran los días y los momentos más interesantes de su vida a restañar heridas y a calmar los gritos del dolor ageno, estuvimos al lado del enfermo hasta que exhaló su último suspiro.

La noble función de nuestro sacerdocio, superior a todas las miserias y mezquindades humanas, no hubieran podido sustraernos de nuestro solícito afán por disputar a la muerte aquella vida.

Sudorosos y cansados físicamente, exhausto el espíritu de energías saludables, gastadas junto a aquel lecho de dolor; con el cansancio y la augustia moral de una derrota inevitable, procuramos recobrar nuestro habitual equilibrio para seguir nuestro camino y continuar la incesante lucha por la salud y vida de los demás, y nuestros ojos y nuestras manos no ven ni palpan el aguijón, que la maldad y la calumnia quieren clavar por la espalda, en nuestras entrañas.

. . . .

. . . .

. . . .

Un día de desgracia, es un día que no

tiene fecha fija en el veleidoso almamaque del tiempo.

Es el último de una série en que fuisteis queridos y agasajados en el seno de una familia, a la que ahorrasteis, durante mucho tiempo, días e instantes de sufrimientos.

¡Cuántos dolores calmasteis; cuántas heridas restaurasteis, con vuestra solicitud y cariño, con vuestra abnegación y sacrificios, suspendiendo las horas de alegría, que, a solas o en torno de vuestras familias, pudierais haber disfrutado; privandoos del sueño en las horas de descanso, no mirando nunca si, en vuestro afán, ibais a comprometer la salud y la vida de vuestros hijos o de vuestras esposas: todo eso, una historia grande de pesadumbres y de angustias, que alguien pensó compensar con unas escasas monedas, regateadas al tiempo de pagarlas; todo eso, a ratos, simulando ser motivo a una gratitud imperecedera y cuando menos, a un girón de respeto y consideración......, todo eso pasa a ser enterrado en el olvido, ese día triste de desgracia que vos no registrateis en las páginas del almanaque, ni con vuestra intención, ni con vuestra incuria o ignorancia.

En ese día fatal, se desploma, sobre vuestros hombros de médicos, todo el peso de una responsabilidad que no os pertenece.

En vano es que os encomendeis al sagrado invulverable de vuestra conciencia, cuyos fueros proclaman que cumplisteis en todo con vuestro deber y que, discretos, interpretasteis los secretos y las verdades de la ciencia médica.

La familia no se acusará así misma de haber élla perdido un tiempo precioso, quizás y sin quizás, por ahorro de unas cuantas monedas, esas monedas frías, sin color de gratitud, que llegan a manos del médico siempre mezquinas y siempre tarde.

Ella injusta, achacará a vuestra incompetencia, a vuestra falta de celo o de solicitud, aquella desgracia que en el silencio de la negligencia venía preparándose.....

Y un dictado desdoroso, injuriante para vuestro decoro profesional os cerrará como médicos, las puertas de aquel hogar que, durante días otros de prueba y de dolor, se abrían por manos afectuosas; donde os recibían miradas de un afecto mentido pero estudiado, como si él fuera prenda para el bien que de vos esperaban.

Os saludaban alegres y risueños; os miraban con afecto; simulaban una amistad que no sentían, a cambio de que pusierais vuestra alma, vuestros brazos y vuestros esfuerzos, al servicio de aquel familiar enfermo. Os compraban con una sonrisa, no la receta que la pluma escribía y que el cerebro dictaba, sinó la abnegación y, sobre todo, esa gran cantidad de amor, que nosotros los médicos ponemos al servicio de los que sufren por los rigores de la enfermedad.....!

.....¡Desdichada profesión de Méddico...!

Aún felices vosotros, en medio de vuestro infortunio, si sólo el desdén, la ingratitud de la familia os cobijan.

¡Guardaos de que el diente del compañero que va a desfilar tras de vosotros, os muerda, intentando sustituiros con alguna ventaja, en aquel sitio en que fuisteis desplazados!

Temed, no a que la crítica o la calumnia os injurien por la espalda; temedle más, al silencio ceremonioso, pero malévolo y cruel, que guarden tras de vosotros los compañeros, que vengan.

Es tan propicio para el daño y para el mal, el ambiente, que allí queda, que el silencio vibra en lenguas diabólicas. Un gesto, una sonrisa, una reticencia son entonces más elocuentes y funestos que todas las palabras de una malhada crítica.

Aquellos, que a la hora de aguzar su inteligencia frente al peligro en cuestión, hubieran vacilado y no hubieran podido torcer el curso fatal de aquella desgracia; aquellos, que hubieran procedido con la misma eficiencia y con igual conducta; ese día gastan un gesto que dibuja la crítica, para lastimar vuestra reputación profesional.

.....Esto es cruel, pero ésto es humano.

La Etca Médica será siempre un credo, una canción entonada por la moral profesional; pero los hombres médicos, con su lastre humano de pasiones, no dejarán nunca, al espíritu profesional subir por esa escala invisible de perfección, por la que ascienden consagrados, sólo los buenos y los escogidos.

....

....

....

Dibújase en el fondo de estas páginas, una escena; resbalan por ella algo así como siluetas de personajes vivos..... Parece que todo esto vivió en la realidad....!

¡Es la copia de un cuadro vivido!

NOTAS VARIAS.

LA HIPOFISIS CEREBRAL

por el Dr. Girardi.

Estudia el autor las íntimas relaciones existentes entre las glándulas de secreción interna, y afirma que permanecerán aún en la sombra durante mucho tiempo las funciones antagonistas o vicariantes de las mismas. Sostiene que ocupa la hipófisis un puesto importante en este conjunto poliglandular. Recuerda el mérito de P. Marie, al llamar la atención acerca de esta glándula, a cuyas alteraciones atribuía ya la oscura sintomatología de la acromegalia.

Describe la anatomía y la histología de la hipófisis, colocada sobre la silla turca y completamente separada de la cavidad del cráneo por un septum de la dura madre, que forma el diafragma de la silla turca, a través del cual sale el pedúnculo por una estrecha abertura. Estudia el lóbulo glandular, formado por largas mallas de tejido conjuntivo ricamente vascularizado, y que contiene cordones cilíndricos constituídos por células epiteliales, dispuestas casi siempre en series de dos.

Refiere los numerosos trabajos efectuados para el estudio de estas células y cómo se las dividió en cromófilas y

cromófobas, con arreglo a su propiedad de absorber o no absorber los colores, subdividiéndolas luego en basófilas, que absorben los colores básicos y acidófilas, que absorben los ácidos.

Afirma que no están aún de acuerdo los autores acerca de la existencia o no existencia de una tercera categoría de células, y que, en tanto que las describen unos con el nombre de acumulaciones de núcleos, las consideran otros como restos embrionarios, y sostienen algunos que no son otra cosa que el núcleo de las células cromófobas, cuyo protoplasma no se ha coloreado.

Detrás del lóbulo glandular, se encuentra el lóbulo paranervioso, que resulta evidente en los animales superiores y en el feto humano; encontrándose reducido a una estrecha fisura, tapizada por células cilíndricas, en el hombre adulto.

No debe considerarse ya al lóbulo nervioso como un simple conjunto de tejido conectivo y de neuroglia, puesto que las últimas investigaciones han descubierto en él un abundante retículo de fibras nerviosas.

Además de la abundancia en él de células de la neuroglia, que parecen aumentar en ciertas condiciones (embarazo) y elaborar una especia de pigmento, es de observar la presencia en éste lóbulo de células ependimales más o menos modificadas, y que, según Joris, ejercen funciones de secreción, cuya secreción resulta análoga a la que, produce el lóbulo paranervioso.

El lóbulo nervioso está en comunicación directa con el crebro, por medio del pedúnculo, robusto puente nervioso en el que se ven las fibras que unen el cerebro con la hipófisis. Se ha debatido recientemente la cuestión de si será el pedúnculo un canal excretor, y han sostenido, principalmente los autores americanos, que la secreción se infiltra, primeramente en las fibras el lóbulo nervioso y en el tercer ventrículo, en cuanto atraviesa el pedúnculo.

El volúmen de la hipófisis, además de ofrecer notables variaciones individuales y en los diversos períodos de la vida en el mismo individuo, sufre también modificaciones fisiológicas, que se relacionan principalmente con el embarazo.

Estudia luego la fisiología y la fisiopatolgía experimental de la hipófisis y afirma que escapan aún a nuestro juicio las particularidades del funcionamiento de la misma.

Sólo por analogía con la tiroides, admite Rogowitsch que el principio activo de la glándula es la substancia coloide y que pasa directamente a la corriente sanguínea una parte de la secreción. Expone después las diversas opiniones acerca de este punto, consignando desde las de los que creen que la secreción se halla representada por las granulaciones de las células secretorias, cuyos dos tipos producen, uno una secreción alcalina, y otro una secreción ácida; mezclándose luego ambas, constituyen una substancia muy semejante al coloide.

Refiere después los medios a que han apelado los experimentadores para explicar el mecanismo funcional de la hipófisis y relata los resultados obtenidos mediante la excitación directa de la hipófisis a través de la base del cráneo, del frontal o del temporal o a través de las vías nasales, con abertura del es-

fenoides, y los que se han logrado mediante la ablación total y parcial de la hipófisis, mediante la transplantación de la glándula y mediante la administración de extractos de glándula entera o de algunas partes de la misma, por vía gástrica o en inyecciones intramusculares, endovenosas o intraperitoneales.

Han tratado los experimentadores de investigar la toxicidad de la hipófisis, deduciendo la conclusión de que es mínima dicha toxicidad especialmente la del lóbulo glandular.

Las funciones que principalmente resultan influídas por la administración de extractos de hipófisis son las del aparato circulatorio; es notable el aumento de la presión sanguínea y vá seguido de rápido descenso de la misma, al que sucede un nuevo aumento de dicha presión.

Según las investigaciones de Cyon, Schaeffer, y Vincent, contiene el lóbulo posterior dos principios activos diferentes, dializables ambos y a los que no deja inactivos el calor; uno, el llamado por ellos excitante, provoca el aumento de la presión sanguínea, originado por la contracción de las arteriolas y la lentitud del pulso; el otro llamado por Cyon, hipofísina, produce efectos depresivos.

Estos dos principios ejercen una acción antagónica sobre la diuresis. El excitante la aumenta y la hipofísina la disminuye.

Recuerda las hipótesis que se han emitido para explicar la acción de la hipófisis sobre el aparato circulatorio.

Se ocupa luego de las relaciones de la hipófisis con la glándula tiroides, con las cápsulas suprarrenales y con los órganos genitales, describiendo las modificaciones que produce la inyección de extractos hipofisarios en la hipófisis misma y en las demás glándulas mencionadas, modificaciones que parecen demostrar la relación existente entre las respectivas funciones de la hipófisis y de la tiroides y probar también la existencia en ambas glándulas de una función vicariante, por lo menos en cierto grado, puesto que la tiroidectomía produce una hipertrofia de la apófisis, según casi todos los investigadores.

La misma hipertrofia se observa subsiguientemente a la ablación de las glándulas suprarrenales.

Los testículos y los ovarios sufren asímismo la influencia de la hipófisis, ya se encuentre ésta en hipo o en hiperfunción. En ambos casos se observan modificaciones en ellos.

Estudia después la acción de la pituitrina sobre los cambios nutritivos, en los que ejerce también notable influencia, aunque no tan graduada como la que tiene sobre el sistema circulatorio.

Se ocupa luego de la patología de la hipófisis y estudia la doble sintomatología de los tumores de esta glándula, separando la que resulta común a todos los tumores intracraneales, de la que es característica de los tumores hipofisarios. Se halla representada ésta última por desórdenes en la esfera de la visión: hemianopsia bitemporal, aunque no siempre de forma pura; hemianopsia binasal, amaurosis de un lado con hemianopsia temporal del otro o con hemiacromoatopsia (Oppenheim); en raros casos, estasis papilar, exoftalmo, parálisis el oculomotor y, muy rara vez,

del aductor. Como medio diagnóstico coadyuvante, propone Oppenheim, la radiografía, la que permite comprobar una dilatación de la silla turca.

Las alteraciones de la función secretora se pueden dividir en alteraciones del lóbulo anterior o glandular y alteraciones del lóbulo posterior (paranervioso o nervioso).

Las relaciones entre la acromegalia y una alteración del lóbulo glandular, especialmente un tumor de éste (estruma adenomatoso), se basan actualmente en gran número de observaciones clínicas, y, aunque no todos los autores admiten la teoría hipofisaria de la acromegalia, cree Girardi que la hipófisis, (y especialmente el lóbulo anterior de la misma), es asiento de un proceso patológico en todos los enfermos de acromegalia, aunque éste proceso no sea precisamente un tumor. Refiere el caso de acromegalia de Erdheim, en que el resultó íntegra la hipófisis hasta en el exámen microscópico, pero en el que se encontró en la silla turca un tumor procedente del cuerpo del esfenoides, y no le parece absurdo invocar condiciones análogas en algunos de los casos en que no se hallaron alteraciones de la hipófisis cerebral. Tiene, por otra parte, su base esta opinión en las anomalías que se han observado en cráneos de acromegálicos.

Aunque admiten algunos autores la indentidad de estructura entre la hipófisis faríngea y el lóbulo glandular de la hipófisis cerebral, y hasta funciones análogas en ambas en condiciones patológicas, no participa Pende de esta opinión, y tiende a creer que la hipófisis faríngea resulta menos diferenciada, y que la porción posterior del lóbulo epitelial de la hipófisis cerebral es la única que ofrece afinidades con la faríngea.

"Contra la teoría antihipofisaria, y contra la teoría hiposecretora de Marie, se aduce el hecho de que no se ha observado nunca alivio alguno de los acromegálicos a los que se han prescrito preparados de hipófisis, y se aducen también los expléndidos éxitos que se han obtneido en individuos afectos de dicha enfermedad mediante intervenciones quirúrgicas."

Acepta, por el contrario, la mayoría de los autores la teoría de Tamburini, según la cual, resulta producida la acromegalia por un aumento de la función normal de la hipófisis. En apoyo de la misma, no sólo se invocan los buenos resultados de las intervenciones quirúrgicas, sino también el hecho de que los tumores epitaliales de la hipófisis, y sobre todo los adenomas benignos de la misma, son capaces de segregar un producto igual al que da la glándula de que proceden, debiendo tenerse en cuenta que, en casi todos los casos de acromegalia (90%), se trata de adenomas, de hiperplasias adenomatosas, y, precisamente, de adenomas situados en el lóbulo glandular.

Pero tampoco han faltado objeciones a la teoría hiperfuncional, alegándose contra ella los casos de acromegalia en que no había tumor hipofisario, encontrándose, por el contrario, en algunos de ellos, procesos destructivos de la hipófisis; es lo cierto, sin embargo, que se comprobó en éstos casos una dilatación de la silla turca, indicio de que el proceso destructivo era secundario, y de que se trataba, por tanto, de un proceso

que había sido hiperplásico simple o neoplásico en un principio.

Ha emitido hace poco Pende, una nueva teoría, según la cual, no sería la acromegalia otra cosa que un síndrome del embrionalismo hipofisario. Hizo observar que cada una de las glándulas de secreción interna tiene un ciclo especial de desarrollo, y que algunos de los elementos que funcionan en el principio de dicho desarrollo tienden a regresar funcionalmente, dejando su puesto a elementos nuevos y a nuevos productos de secreción. La patológica existencia de éstos elementos origina la disfunción, la que puede sobrevenir en el lóbulo anterior (prehipófisis) o en el posterior, (neurohipófisis), dando respectivamente origen al cuadro de la acromegalia o al de la distrofia adiposa genital.

La teoría endogenética de la acromegalia se basa en la comprobación de una forma hereditaria de la misma...

Afirma Girardi, que debe recordarse a este propósito que ha llamado Cagnetto la atención acerca de la presencia de células gigantes de protoplásma acidófilo, con muchos núcleos en el centro, en algunas hipófisis patológicas, células que no se encuentran en la hipófisis normal. Observó la existencia de éstas células en cuatro casos de ocho, de tumores del lóbulo anterior que tuvo ocasión de estudiar, precisamente en los cuatro en que había acromegalia. Esta comprobación parece inducir a que se admita, que en la genésis de la acromegalia, no es lo importante la neoformación de un tejido hipofisario, con las propiedades estructurales y funcionales que posee la hipófisis normal, y si lo es la neoformación de elementos hipofisarios atípicos, que no se comprueban en la hipófisis normal.

La observación de que presentan muchos acromegálicos el síndrome mixoedematoso o basedowiano, o el cuadro de la diabetis o el de la hipoplasia de los genitales con alteraciones histológicas y disturbios funcionales en otras glándulas, subsiguientes a alteraciones patológicas primarias de una de ellas, induce a suponer que sea la acromegalia una enfermedad políglandular. Habría que considerar, por tanto, el tumor hipofisario como un síntoma de las alteraciones funcionales de las otras glándulas, y se debería el cuadro típico de la acromegalia al conjunto de los desórdenes funcionales resultantes de las anómalas secreciones de la hipófisis, de la tiroides, de la suparrenal, de las genitales y del timo. (Munzer).

Han aumentado cada vez más, en éstos últimos años, nuestros conocimientos acerca de otro cuadro morboso, que se ha atribuído, como la acromegalia, a una alteración de la hipófisis, y, más particularmente, del lóbulo posterior de la misma y se han agrupado asímismo en una categoría aparte algunos casos de tumores hipofisarios que no se desarrollan en el lóbulo anterior, como ocurre con la mayoría de los que se han encontrado en la autopsia de los acromegálicos, sino que tiene su asiento en otras porciones del aparato hipofisario, y principalmente en el lóbulo nervioso menos denso del pedúnculo, en el de la región infundibuliforme. Estos tumores producen casi constantemente graves disturbios en los cambios nutritivos y, sobre todo, la adiposidad y la hipoplasia

de los genitales, a las que acompañan, aunque no constantemente, sequedad del cutis, fragilidad de las uñas, alteraciones del aparato pilífero y, en algunos casos, la **diabetes insípida**. En vista de esto, ha pretendido Frank, establecer una sutil distinción, relacionando a la diabetes insípida con las alteraciones del lóbulo paranervioso y relatando algunas observaciones de varios autores que parecen abogar en apoyo de su opinión. Recuerda el caso de Simmonds, en el que se desarrolló la diabetes insípida en una mujer, operada de un carcinoma de la mama algunos meses antes. Macroscópicamente, no se comprobó en su autopsia más que un ligero reblandecimiento de los huesos de la parte posterior de la silla turca, y parecía íntegra la hipófisis; pero demostró el microscopio la existencia de una metástasis carcinomatosa, no sólo de los huesos, sino también del lóbulo nervioso de la hipófisis, el que resultaba completamente destruído, deteniéndose la infiltración en el lóbulo paranervioso, sin lesionarle. Atribuyó Simmonds la diabetes insípida a una hiperfunción del lóbulo paranervioso, debida a la irritación originada en el mismo por la infiltración matastásica.

Resulta ciertamente sutil la hipótesis de Frank, quizá demasiado sutil, si se considera que es bastante frecuente la diabetes insípida en las afecciones cerebrales, aunque se trata en verdad en estos casos de alteraciones de la base del cerebro.

Tampoco aceptan todos los autores la patogenésis hipofisaria de la distrofia adiposa genital; la relaciona Erdheim, con alteraciones o procesos irritativos de la base del cerebro, citando casos en los que la apófisis estaba íntegra, observándose, en cambio, alteraciones en puntos del cerebro limítrofes con ella; cree, sin embargo, que no todos los tumores de la base van acompañados de adiposis.

En apoyo de la teoría hipofisaria, o mejor dicho, de una alteración del lóbulo posterior, recordaremos los dos casos operados hace poco por Eiselberg y Frank-Hochwart. En uno de ellos, no sólo desaparecieron los síntomas de compresión cerebral, sino también los síntomas funcionales hipofisarios, observándose el crecimiento de los pelos del pubis y del hueco de la axila, el retorno de las funciones sexuales y la disminución del peso; en el otro disminuyó también el peso durante cerca de seis meses, empero volvió luego a aumentar.

No resulta posible establecer de que modo da origen a tan complejo síndrome un tumor que lesiona la porción infundibular. Están divididas las opiniones en lo que a este punto se refiere. Según Schaeffer y otros, el que origina dicho síndrome es el obstáculo que se opone a que se difunda la secreción de la glándula en el tercer ventrículo (concepto no admitido por todos); según Sajons, las que producen el síndrome son las alteraciones provocadas secundariamente en otras glándulas de secreción interna (tiroides, suprarrenal), unidas entre ellas por un hipotético haz nervioso.

Supone otra hipótesis que la distrofia adipoco-genital se halla en relación con una insuficiencia funcional de la glándula infundibular. Según Von Noorden, se debe ésta enefermedad a un hipopi-

tuitarismo, que se halla en contraposición con el hiperpituiarismo que origina la acromegalia.

Conviene no olvidar que se observa a menudo en la acromegalia, uno de los síntomas cardinales de la distrofía adiposo-genital, o sea la hipoplasia de los genitales, y que las alteraciones del cutis, la sequedad y el engrosamiento del mismo, así como la escasez de pelo y la adiposidad juvenil, son síntomas característicos de insuficiencia pluriglandular, teniendo, sin embargo, considerable importancia los órganos genitales en lo que a la adiposis se refiere, puesto que vemos que ofrecen los eunucos una obesidad evidente, y que tienden las mujeres a ponerse obsesas en cuanto llegan a la menopausia. Estas consideraciones inducen a pensar que, en la patogenésis de la distrofia-adiposo-genital, debe tenerse también en cuenta a las glándulas genitales.

La adiposis dolorosa de Dereum constituye otro cuadro morboso, el que quizás deberá coordinarse con el de la distrofia adiposo-genital.

En un caso de adiposis dolorosa, encontraron Dereum y Corty en la autopsia un adeno-carcinoma de la hipófisis, a cuya alteración atribuyeron el síndrome de ésta obscura y compleja enfermedad. Opina, por el contrario Siciliano, que la enfermedad de Dereum es un síndrome de origen pluriglandular, con predominio hipofisario, o sea con una insuficiencia funcional pituitaria mayor que la de las otras glándulas, en tanto que cree Pende, que se debe clasificar a la adiposis dolorosa entre las distrofias denominadas por él endocrino-simpáticas.

Multipícanse, como hemos visto, dice Girardi, para terminar, las cuestiones patogénicas; pero creo que, resumiendo brevemente los experimentos y las conclusiones a que los autores han llegado, se facilitarán los futuros estudios acerca de las relaciones entre la hipófisis y los múltiples cuadros morbosos que se la imputan, así como también acerca de las relaciones entre la hipófisis y las demás glándulas de secreción interna.

Die Medizinische Wochenscrift.

ACTIVIDAD DE LOS MEDIOS QUE FAVORECEN LAS CONTRACCIONES UTERINAS DURANTE EL PUERPERIO.

por Von W. Rübsamen.

Cuanto más disminuída resulta la contractibilidad uterina, mejores efectos suele producir el extracto de hipófisis. Obsérvase principalmente esto en las graves hemorragias uterinas por atonía. El extracto más acentuado y que parece reunir mejores condiciones es la glanduitrina al 20 por 100. Deberá practicarse, desde luego, una inyección intravenosa de un centímetro cúbico. Se efectuará la inyección con gran lentitud, porque el extracto de hipófisis ejerce cierta influencia sobre el estado general del individuo. Cuando empieza a manifestarse su acción uterina, la paciente sufre náuseas, palidece y empieza a traspirar. Desaparecen, sin embargo, estas alteraciones con gran rapidez. Pocos segundos después de inyectado el extracto, se presenta una contracción tetánica muy acentuada, que pasa pronto, cediendo

su puesto a contracciones interrumpidas por pausas más o menos largas. A la media hora no se comprueba ya el menor efecto del medicamento. En algunos casos, podrá resultar preciso acudir al empleo de una segunda inyección de medio centímetro cúbico.

Podrá también evitarse o reducirse al mínimun la pérdida de sangre que normalmente se produce durante el parto inyectando profilácticamente el extracto hipofisiario, en el último período de aquél. Procediendo de éste modo se hacen más breves las pausas entre contracción y contracción. En estos casos deberán ser intramusculares las inyecciones.

Resultarán asímismo muy útiles estas inyecciones profilácticas cuando se trate de partos demasiado largos, de úteros cansados, o hiperdistendidos, o de placenta prévia o cuando se encuentre indicada la operación cesárea.

Die Medicinishe Wochenschrift.

ANESTESIA LOCAL CON ACEITE DE ETER.

En otra oportunidad hemos llamado la atención hacia el hecho de que la anestesia quirúrgica, inducida por la inyección del éter dentro del recto, había sido una vez más traída a consideración práctica. En éste caso particular, el efecto irritante sobre la membrana mucosa rectal es en parte modificado por la administración de aceite de oliva con el éter. Las ventajas que ofrece son desde luego, apreciables en los casos en que se vá a operar en las vías respiratorias, en la boca en las mandíbulas. Parecería sin embargo, que la producción con éxito de la anestesia por éste medio es más interesante por cuanto prueba que ésta puede hacerse; y no porque posea ésta ningún valor terapéutico considerable.

En el "Medical Record" del 9 de Mayo de 1914, Luke, el anestecista del Hospital Luke, de Nueva oYrk, ofrece ciertas críticas con respecto a éste plan, las cuales creemos son pertinentes. El no va tan lejos hasta condenar el procedimiento para todos los casos, pero cree que debería ser mirado con mucho espíritu conservador, y que debe usarse, si acaso, en una clase muy limitada de casos. Las objeciones a éste método son, que es difícil regular la dósis con la exactitud que se puede hacer cuando se da el éter por inhalación. Una desventaja adicional es que durante la inducción de la anestesia el paciente puede sufrir de calambre intestinal, con síntomas penosos de repletud y presión en el intestino bajo, y pueden haber también grados diferentes de irritación anal durante o después de la operación. Así, también el estado de la inducción puede prolongarse tanto, que se necesite el uso adicional de éter por la vía de los pulmones. La depresión respiratoria puede hacerse marcada; los músculos pueden aflojarse indebidamente; y las pupilas dilatarse. Igualmente serias, si no más serias, aún, son las objecciones a causa de la ocurrencia de grados graves o benignos de proctitis y de colitis en pacientes quienes antes del uso del anestésico por el recto, no tenían desórdenes intestinales de ninguna clase.

Por último, Luke cree que la vuelta

del paciente del estado anestésico puede prolongarse por muchas horas, y que hay una mayor posibilidad de toxemia post-anestésica en tales casos que en los que reciben la droga por los pulmones. Por ésta razón Luke dice que las ventajas del método del aceite de éter son más aparentes que reales; y ésto es tanto más cierto, cuanto que las operaciones de la cara o de la boca, pueden hacerse con la anestesia intratraqueal. El cita una ocasión en la que un hombre de 50 años, después del método rectal del aceite de éter, permaneció en el estodo de sueño más profundo durante casi seis horas; y ésto, a pesar de que antes y después de la operación se le había irrigado repetidas veces el cólon.

Aún aquellos que están más en favor del uso rectal del aceite de éter, reconocen que éste no debe ser empleado cuando haya irritación, inflamación o enfermedad del extremo inferior del canal alimenticio.

TRATAMIENTO DE LA ULCERA GASTRICA.

En el "Britisch Journal", Dawson dice del tratamiento médico de la úlcera gástrica:

Mantenga el canal alimenticio limpio; conserve las encías y los dientes asépticos; trate las infecciones nasofaríngeas y de las amigdalas. Es necesario que se insista en estos cuidados, pues en ello estriba toda la diferencia entre la acción y la evacuación de los intestinos. La estasis fecal es consistente con la regularidad en la defecación. Una infección puede empezar, más alta o más baja en el canal—una gastritis de poca importancia, colitis, o apendicitis pueden sucederse la una a la otra. Una alimentación razonable es importante, porque ésta hace que el estómago y los intestinos funcionen bien. La gastritis asociada con la úlcera mucosa es de un carácter tóxico y no hay evidencia de que las gastritis irritativas—por ejemplo, alcohólica o del té, lleven en si una predisposición hacia la úlcera. Nuestro diagnóstico de úlcera mucosa en la gastritis que la acompaña, no es, de momento práctica; porque el tratamiento es el mismo. El peligro estriba en equivocar una úlcera que se está haciendo crónica, o una que esté amenazando hacer una perforación. Los puntos a que debe prestarse atención son la persistencia del dolor y la sensibilidad que continúan después que se ha colocado al paciente en cama, y la historia de enfermedades previas. En la úlcera mucosa y la gastritis los síntomas desaparecen bastante pronto, y los sólidos ligeros, y aún el hierro son tolerados al cabo de unos pocos días; mientras que si hay una úlcera que se está haciendo crónica, la sensibilidad y el dolor e intolerancia para todo alimento persisten más, y a menudo habrá una historia de ataques previos.

La manera de responder la úlcera mucosa al tratamiento está en contraste con la de la úlcera crónica. Lo principal en la primera es el descanso. Con éste, con leche o con una dieta sólida ligera; con el tratamiento de la causa, y con bismuto y soda por unos pocos días, seguido por hierro y arsénico, los casos responden prontamente; muy di-

ferente de las dificultades que hay que vencer en los casos de úlcera crónica.

En cuanto a ésta, puede decirse que cualquiera que sea su causa, se ve claramente que la acidez del jugo gástrico juega un papel importante tanto en su producción como en su continuación. Un elemento esencial en su tratamiento es pues el de remover las causas de la acidez excesiva, ya residan éstas causas en cualquier caso dado en el estómago o fuera de él: Es necesario prevenir la acumulación de ácido, especialmente cuando no hay alimentos en el estómago, o, neutralizarlo. No hay duda de que una úlcera que esté en vías de curarse será entorpecida en su camino por una aparición del ácido. El dolor, que desperterá al paciente por la noche algunas veces, es una expresión sintomática de éste hecho.

La movilidad del estómago está muchas veces disminuída, otras veces lo contrario por ejemplo, en la úlcera duodenal. El objeto será limitar sus movimientos a lo que se necesita para vaciar los alimentos y los gases.

El reposo del cuerpo en cama hará descansar el estómago, porque el movimiento de éste se disminuye, y los que requiere el alimento son menores.

El alimento debe ser tal que produzca el menor esfuerzo estomacal. Leche, (excepto en individuos que no la toleran) es lo mejor para comenzar, y debe continuarse por tres semanas. Se pueden dar huevos con ésta. Después de tres semanas la dieta puede aumentarse. Deben dividirse los alimentos menudamente, y ser de fácil digestión, se darán en pequeñas cantidades cada dos o tres horas, con una dósis de alcalí en las horas intermedias. Esto proveerá para el día; pero no se debe dejar al estómago abandonado así mismo por la noche, o se formará ácido, habrá espasmo pilórico, y el trabajo de curación durante el día se perderá. Una dósis de alcalí (pulvis dyspepticus,) que consista de carbonato de bismuto, de bicarbonato de soda y de carbonato de magnesium antes de irse a acostar y algún alimento y alcalí a media noche, pueden ser convenientes. Algunas veces el alimento solo es suficiente, para evitar la acidez del estómago por la noche.

Todo médico debería estar al tanto de lo racional del tratamiento operativo, y ser responsable juntamente con sus colegas de cirugía de su aplicación. De aquí se deduce que los principios que determinan la operación, tan distintos de su técnica, están bajo la esfera del médico, y desde luego, son pertinentes en ésta discusión.

Cuando existe una estrechez estructural del píloro las indicaciones para la gastroesterostomía son tan claras como el modo por el cual produce alivio. En ninguna otra condición gástrica la operación da tan excelentes resultados. Aquí, Dawson, urge que en la estenosis pilórica estructural no se debe esperar para hacer el diagnóstico hasta que señales tan obvias como la peristalsis visible y los vómitos extensos hayan hecho su aparición. Un exámen cuidadoso rutinario, incluyendo tales medios como la comida de prueba, la inflación, y la comida de bismuto, usualmente revelarán la condición.

Cuando no hay estenosis estructural la manera como la gastroenterostomía pueda ser útil no es tan clara. Algunos

dicen que para tales condiciones como la úlcera del duodeno y de la curva menor, no es un tratamiento conveniente. Arbuthnot Lane, mantiene este punto de vista.

Dawson, piensa que los hechos enseñan definitivamente que las úlceras crónicas, doquiera que estén situadas, son beneficiadas por el "short-circuiting", aunque de la cura se puede hablar con más confianza en donde la úlcera está cerca del píloro que en cualquier otra parte. Algunos resultados publicados recientemente en "The Lancet", por Sherren, hablan elocuentemente con respecto a la operación.

La razón por la cual la gastro-enterostomía es más eficiente ahora que lo que era antes, no es sólo a causa del mejoramiento de la técnica, sino porque—al contrario que lo que se hacía antiguamente—ésta solo se hace hoy en casos apropiados para obtener resultados claramente definidos, y no como un remedio para cualquier caso gástrico intratable.

LAS FUNCIONES DEL TIMO.

por Louis Morel.

Estudia el autor los efectos de la supresión experimental del timo, la acción de los rayos de Roentgen sobre este órgano, la de los sueros timotóxicos y las alteraciones que produce la ablación del timo.

Se ocupa luego de los diversos modos de administración de esta glándula (inyección intravenosa, opoterapia tímica, injertos de timo), describiendo sus efectos, así como la manera de practicar experimentalmente la hipertimización.

Expone las relaciones funcionales entre el timo y otras glándulas, el síndrome que produce la insuficiencia tímica, el papel que desempeña el timo en la nutrición general y en la defensa del organismo, así como la influencia que ejerce esta glándula en el metabolismo del calcio, el papel hematopoyético de la misma y la acción de los extractos de timo sobre la presión sanguínea.

Deduce de su trabajo las siguientes conclusiones:

1a. La ablación experimental del timo, en ciertas y definidas condiciones, origina en el perro la aparición de desórdenes somáticos (caquexia timopriva) y psíquicos (idiotismo timoprivo de evolución lenta hacia la muerte).

2a. El timo desempeña ciertamente un papel muy notable en el crecimiento ponderal del cuerpo y en la nutrición general. Quizás ejerza también cierto papel en la defensa del organismo.

3a. Resulta importante la acción de esta glándula en el metabolismo del calcio y en la formación del esqueleto.

4a. No está demostrada la función hematopoyética del timo.

5a. Los extractos de timo son hipotensores.

6a. Los injertos de timo se reabsorven siempre.

7a. La hipertimización experimental no se relaciona con la enfermedad de Basedow.

8a. No existen en la actualidad pruebas convincentes de las relaciones funcionales entre el timo y el cuerpo tiroides, ni entre el timo y el bazo, ni entre el timo y la hipófisis.

9a. Es probable que haya asociación

funcional entre el timo y la glándula suprarrenal.

10a. Existen ciertamente relaciones entre la involución del timo y la evolución genital, sin que se haya precisado aún la naturaleza de estas relaciones.

"Le Mouvement Médicale".

EL VALOR DE LA PRUEBA DE GLUZINSKI EN EL DIAGNOSTICO DE LA ULCERA GASTRICA.

Kocher, en 1912 recomendó la prueba de Gluzinski como medio de diferenciar la úlcera del cáncer del estómago. La úlcera, como regla general, se acompaña de hiperacidez, mientras que el cáncer es concomitante con un catarro atrófico que causa la desaparición del ácido hidroclórico libre. Cuando se desarrolla el cáncer con una úlcera como base, puede demostrarse al principio de la enfermedad una insuficiencia de función del estómago para producir ácido hidroclórico. Este se demuestra dando dos comidas de prueba; una seguida inmediatamente de otra. La cantidad de ácido clorohídrico libre aumenta desde la primera comida ligera hasta la segunda (carne) más fuerte en caso de úlcera; y disminuye en casos de cáncer del estómago.

El autor y su ayudante Grondatel, han examinado 86 casos de úlcera del estómago y del duodeno, cáncer del estómago, gastro-enteroptosis, dispepsia apendicular, y cálculos biliares.

De los casos de cáncer solo dos tenían H. Cl. libre en los contenidos gástricos. Estos dieron la reacción de Gluzinski como sigue: la cantidad de H. Cl. libre disminuyó en la segunda comida, pero la misma insuficiencia se halló en casos de gastro-enteroptosis. En todos los casos de úlceras excepto uno, se encontró un pronunciado aumento en la cantidad de H. Cl. libre en la segunda comida. Este fenómeno puede servir como síntoma diferencial en el diagnóstico entre la úlcera y otras enfermedades del canal gastro intestinal, que causan dispepsia.

En dos casos referidos de la sala de hospital con el diagnóstico de úlcera callosa no hubo aumento de la cantidad de H. Cl. libre y no se encontró úlcera en la operación; pero existían adhesiones que habían dado lugar a los síntomas dispépticos. La reacción de Gluzinski es de confianza; sin embargo sus resultados deben considerarse sólo como un síntoma que debe tenerse en cuenta en conjunción con otros y con la historia del caso.

TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TUBERCULOSA.

por el Dr. W. Nievelung.

Recomienda éste doctor el reposo absoluto y las siguientes píldoras:

Acido arsénico	3 centígramos
Hidropirina (Grifa)	10 gramos

Para 100 píldoras.

Podrá tomar diariamente el enfermo 3 o 4 píldoras en el transcurso de una hora a hora y media en cuanto empiece a notar destemplanza:

Deberán conservarse las referidas píldoras en un sitio seco, porque absorben fácilmente la humedad y se resblandecen.

Si existe tos pertinaz y resulta difícil la expectoración, podrán añadirse a las 100 píldoras 5 gramos de polvos de Dower.

Afirma Nievelung, que nunca producen estas píldoras ni sudoración, ni zumbidos de oídos, ni eritemas y que resultan precisas 250 para que desaparezca la fiebre. Conseguido esto, convendrá prolongar de una a dos semanas el reposo en la cama.

EL CUIDADO MEDICO DE LA GOTA EXOFTALMICA.

Los cirujanos están, algunos de ellos al ménos, tan convencidos de que el único tratamiento para éste estado es el tratamiento quirúrgico, que es grato oir la opinión expresada por alguien de que el tratamiento médico es útil. Abrahams, en el "Médical Record", expresa su creencia de que el signo más penoso de la enfermedad es la rapidez de la acción del corazón. El ha hallado en su experiencia, que la tintura de estrofanto dada en dósis de 5 a 10 mínimas, tres veces al día, es muy útil para sostener firme el corazón. Esta droga ha sido un buen auxiliar dentro de su práctica, que cubre un período de 23 años. Por largo tiempo el estrofanto estuvo desacreditado en la enfermedad de Grave por la razón de que producía diárrea. Hoy la tintura de estrofanto está libre de este peligro; y puede por tanto darse con la misma seguridad y confianza que otra cualquiera droga, sin correr el riesgo de producir otros efectos no deseados. Si no obstante el estrofanto falla, la tintura de belladona en la misma dósis es un buen sustituto. Extraño es observar, que la digial, el áncora de salvación en muchas enfermedades cardiacas, actúa mal sobre el corazón en la enfermedad de Basedow y en algunos tipos de lesiones cardiacas reumáticas.

Las otras condiciones penosas de la gota exoftálmica son el tremor y la nerviosidad. Estas son muy bien dominadas por el bromuro de amonio en dósis de a 20 granos tres veces al día; éstas deben ser dadas solo por un corto tiempo, porque cuando el estrofanto empieza a hacer su efecto, el nervosismo disminuye como una buena prueba de sus resultados; y por ser aquel la consecuencia de un corazón que late rapidamente.

El baño de ducha tibio es otro medio para evitar el tremor y la nerviosidad. También éste hace el efecto de un hipnótico. El hierro está indicado muy rara vez, y el opio nunca. Alguna vez, sin embargo el paciente sufre molestias durante la noche a causa de deseos de orinar frecuentes, y entonces un cuarto de grano de codeína puede evitar este mal.

No hay medio directo de reducir el tamaño de la glándula tiroide, excepto por el métoldo de tratamiento indicado hasta aquí. Aunque los emplastos de cualquier clase, belladona, zinc, o adhesivos parecen reducir el tamaño de la glándula tiroide, la reducción es debida a la presión del emplasto. Abrahams ha visto disminuirse en grado regular el cuerpo tiroides por la aplicación repetida del colodión-flexible. Los pacientes saben instintivamente el valor de la

presión externa pues se envuelven fuertemente al cuello con paños, aunque al principio lo hacen para ocultar la deformidad.

Los ojos rara vez necesitan atención, aunque en un caso las pestañas fueron cosidas parcialmente para mantener los ojos cubiertos. Esto ocurrió en el caso más severo, asegura Abrahams, que él ha visto.

La dieta debería ser de la clase más simple. Algunos de éstos enfermos tienen un apetito voraz por algún tiempo. Abrahams, les permite saciarse; después que se han satisfecho, se vuelven dóciles y están prestos para aceptar los consejos médicos. El café y el té son el veneno de la gota exoftálmica. Estas bebidas deben prohibirse.

LA TOXICIDAD DEL VERONAL

El hecho de que el veronal sea prescrito frecuentemente por los médicos, y de que rara vez se relaten casos en que su uso haya sido seguido de malos efectos sirve para indicarnos que no es una sustancia marcadamente tóxica, y añade también interés peculiar a los informes acerca de pacientes que han sufrido de envenenamiento por el veronal. No hace mucho nosotros publicamos un resúmen de los síntomas producidos por una sobredosis de veronal, y demostramos cuán inócuo era como hipnótico en la mayoría de las personas.

En el "British Medical Journal" del 18 de Abril de 1914, Russell y Parker informaban sobre un caso fatal de envenenamiento por el veronal. Un hombre de 50 años, que padecía de depresión mental e insomnio había sido aconsejado por su médico de que no continuara el uso del veronal; pero él no siguió el consejo. Aunque no se supo la dósis exacta que ingirió, creen los informantes que ésta variaba entre 15 o 50 granos, lo que por lo grande del márgen no nos permite dar importancia a su creencia. Durante la noche se le oyó roncar fuertemente, y se le encontró al otro día, intensamente comatoso y respirando a duras penas; los pulmones estaban francos pero había un hipo o ruído traqueal. Se trató al paciente lavándole el estómago con un tubo limpia-estómago; y en la cateterización se encontró que su orina ni tenía albúmina ni azúcar. Recibió una enema nutritiva que contenía café y estricnina. Cerca de las 72 horas de ingerido el veneno la temperatura se elevó a 107.2°, pero se redujo a 104.5° a causa de aplicación de baños fríos. El corazón actuaba bastante bien, pero un pulmón se llenó de "ráles" húmedos, y sobrevino la muerte a las pocas horas. La autopsia nada reveló que pudiera considerarse característico de envenamiento por el veronal. Los riñones estaban normales, pero el músculo del corazón demostraba algunos cambios degenerativos. Sus cavidades contenían sangre líquida y en pequeños coágulos. Se hizo un análisis químico cuidadoso de los tejidos y de la orina, y, sobre la base de los resultados obtenidos por medio de éste, los autores llegaron a la conclusión acerca de la cantidad probable de veronal que el paciente había ingerido.

Es interesante ver en ésta conclusión que en el mismo número del "British

Medical Journal'' Munro, da cuenta del caso de una joven de 22 años que se curó después de ingerir 125 granos de veronal, o sea, tres veces la cantidad que se supone que causó la muerte en el caso antes informado por Russell y Parker. Durante la noche se la halló inconsciente y no se pudo despertarla, por ningún medio. Los ojos estaban abiertos y fijos, pupilas semidilatadas, y lo reflejos de luz y corneales abólidos. Las mejillas tenían un color natural, la respiración era tranquila y natural, el pulso lleno, con 72 pulsaciones por minuto. No había incontinencia de orina ni fecal. Lavando el estómago con el tubo limpia-estómago, sólo se sacó un poco de fluído incoloro y de moco Café negro fuerte se le dió por el tubo digestivo y 1/40 de grano de estricnina hipodérmicamente. Después de un rato se le dió más café por el tubo digestivo. Se acudió a irrigaciones rectales periódicas de solución salina; y en la cateterización se halló la vejiga vacía. Se la administró estricnina hipodérmicamente cuando se debilitó el pulso, y también se le hicieron inhalaciones de oxígeno cuando la cianosis se hizo muy marcada. El período de inconsciencia parcial o total duró 3 ½ días, pero el refljo corneal volvió como a las cuarenta horas. Por último recobró por completo la salud. Munro, dice que el caso de Hove, murió a las 34 horas después de haber ingerido 135 granos de ésta droga. Alexander y Chitty han anotado también casos sobrevivientes en los que la dósis ingerida fué de 125 granos; pero en el de Alexander, se lavó el estómago, dentro de las 5 horas después de tomado el veneno. Sin embargo, la inconsciencia duró por 4 días. Ehrlich, ha informado acerca del caso de un lunático que se tragó 137 granos de veronal y murió a las 24 horas, con los síntomas de parálisis respiratoria y cianosis. Un caso de envenenamiento sub-agudo también es referido por Fraser, en el cual murió el sujeto, una mujer, 86 horas después de tomarse 120 granos de veronal, en 10 días. Munro, cita también a Grober, que cree que el veronal es de 2 a 4 veces más tóxico de lo que se ha supuesto comunmente, digan lo que se quiera. Parecería que lo más esencial para tratar éstos casos es lavar el estómago enseguida y apoyarnos en el uso de estimualntes respiratorios y del calor externo.

La dósis fatal exacta de veronal, como la dósis exacta fatal de todas las otras drogas, es imposible de determinar, pues mucho depende de la susceptibilidad individual y mucho depende también de la presencia de órganos sanos y saludables. Pacientes que sufren del mal de Bright, con poderes defectivos de eliminación, estarán inhábiles naturalmente para sobrevivir a las dósis que una persona con riñones sanos toleraría. Así mismo, lesiones pulmonares y cardiacas serían factores que ayudarían a producir el resultado natural. Resumiendo todos los hechos que tenemos a mano con respecto a ésta droga, se admitirá según dijimos en nuestro último artículo refiriéndonos a éste asunto: ''que considerando el poder terapéutico del veronal, éste es un agente maravillosamente seguro, a ménos que no se abuse de el grandemente.''

SOCIALIZACION DE LA ENSEÑANZA Y DE LA PRACTICA MEDICA.

por Inez C. Philbrick, A.M.,M.D.,

Lincoln, Nebraska.

No me disculpo por apartarme de los precedentes, presentando ante Vdes. una memoria en la que trato la medicina bajo su aspecto socio-político, más que en el técnico. Una discusión acerca de las condiciones fundamentales sociales y políticas que determinan la enseñanza y la práctica de la medicina, es ciertamente tan importante, como la que provoca un nuevo "kink" (capricho infundado) o un específico. La discusión en las asociaciones médicas y en los periódicos acerca de las relaciones sociales de nuestra profesión tienen generalmente un tono demasiado individualista y colocan el bien profesional por encima del bien social, que es lo contrario de lo que demanda el orden ético; o sea, que constituye en un panegírico propio. Es bueno de vez en cuando considerar el lado del **debe** de la cuenta. Un despertar de la conciencia social fuerza a la profesión en nuestros días a reconocer el carácter de sus funciones como un servicio social cuyo incumplimiento no puede justificarse.

Graves cargos se hacen a la profesión fuera de ella y se admite su existencia dentro de ella misma. Hay muchas muertes innecesarias debidas a defec tos de personalidad médica y de la enseñanza; y a las condiciones irracionales que gobiernan la práctica. Afortunado es sin duda el médico que no se da cuenta de su responsabilidad por una muerte innecesaria; que no siente el peso de la pena causada por una pérdida irremediable, una ambición rota, así echada sobre los dolientes. La muerte de una madre a causa de una sepsis puerperal, o la de un hombre o mujer en plena condición de ser útil, víctima de una operación hecha inhábilmente, de un diagnóstico equivocado, o de falta de buen juicio en el tratamiento; tales desastres están pidiendo a gritos condiciones de práctica que hagan imposibles semejantes tragedias. Existe una vasta pérdida económica en la prematura muerte de un hombre de trabajo; así como en los gastos de operaciones innecesarias y la índole del tratamiento; pues la invalidez prolongada debida a un tratamiento ineficaz es también una pérdida económica.

Además, bajo las presentes condiciones de la práctica, el médico está especialmente sujeto a deterioro físico y moral. Su trabajo está distribuído muy desigualmente, sucediéndose los períodos de esfuerzos y pérdidas de sueño; y las estadísticas prueban su natural propensión a adquirir el hábito de las drogas que son perjudiciales a la salud y a la moral. Sus relaciones profesionales le llevan a actos—a menudo a disputas—de carácter personal. Las irritaciones e injusticias ocasionadas por un sistema de práctica de competencia le agrian el carácter, y le disminuyen la eficiencia, sino es que le falsean la fibra moral. Su trabajo está en gran parte sin la censura de aquéllos calificados para juzgar de su calidad. El puede con dificultad escapar de que su trabajo profesional no tenga el tinte comercial que penetra la sociedad. Si-

guiendo la atracción de sus falsos modelos, él también a menudo acude a las artes erradas para aumentar sus entradas.

Esfuerzos para desarraigar estos males profesionales por medio de leyes, organizaciones íntimas, publicidad, sólo son arreglos superficiales. Los males profesionales presentes no se deben de un modo predominante a la ineficiencia; son debidos a la aplicación irracional de los servicios médicos. Siguiendo la moda norteamericana, aumentamos el ya absurdo gran volúmen de leyes, y seguimos en la ilegalidad. Legislamos contra los honorarios en cooparticipación y dejamos en acción los motivos para ello. Nuestra profesión es la única en que, aunque se dispone y tiende a ser eficiente, se las compone de modo a traer dentro de su organización tanto cuanto puede personas profesionalmente incapaces. Los que se imaginan que un servicio médico eficiente y honrado puede asegurarse por tal medio, están expuestos a desilusiones. La A. M.A. puede hacer mucho ciertamente, para mitigar los males presentes, aplicando sus grandes recursos a exponer los fraudes de los charlatanes y de las medicinas patentes; a levartar el tipo profesional, y a la educación del público en materia médica. Pero esperar la cura de esos males dentro de la profesión, no es más racional que intentar levantarse uno mismo por medio de las orejas de sus propias botas.

El término "socialización", tal como lo usamos en ésta memoria, no tiene referencia a ningún movimiento político—organizado, sino que implica la educación, la licenciatura y el salario de todos los médicos por el Estado.—Medicina por el Estado. Aunque nosotros podemos, a fuerza de experiencia y uso de razón llegar a conclusiones concernientes a un sistema de competencia en la práctica de la medicina, idéntico a aquéllos a que llegan los socialistas al considerar el sistema de competencia industrial, sería una desgracia si el fantasma de un nombre se utilizara para militar en contra de la aceptación de tales conclusiones.

Suficientes analogías se hallan en la operación de otras funciones sociales, como nuestras escuelas públicas, el ejército y la marina, el servicio postal, administración por el Estado del servicio de Salud Pública y la Inspección médica de las escuelas, para prevenirnos contra toda sorpresa por la idea de una disciplina del Estado en su totalidad. Ninguna persona competente querría por un momento abandonar nuestro sistema educacional, basado sobre su mantenimiento por el Municipio y el Estado, por un cuerpo de maestros asalariados; por aquélla caótica condición, percibida por el hombre de menos imaginación, en la que se autorizaba a los maestros para adquirir sus discípulos y salarios por medio de cualquier arte, favor o supercheria de que pudiera disponer. Y sin mmbargo, existe el paralelo más cercano entre la salud pública y la educación pública; las que junto con la rectitud moral constituyen los tres principales agentes activos de la sociedad. Las enfermedades no deberían ser más toleradas que la ignorancia en un Estado democrático, fundado en el principio del mayor bien para el mayor número. La elección entre la instruc-

ción y la ignorancia no se deja al individuo sino que se le fuerza a la instrucción. ¿Es racional dejarle que escoja entre la salud y la enfermedad? Hemos contestado "no" al instituir la inspección médica de las escuelas. No se puede concebir una nación tan irreflexiva que confiara la defensa de sus costas y de su marina mercante, y la compulsión de su voluntad en dificultades internacionales, a militares y marinos educados por el Gobierno y dejados luego para reunir soldados, marineros y equipo, por su cuenta, todo para ser pagado de los bolsillos de aquellos a quienes sirvieran; imáginese la actual situación de Méjico. bajo tales circunstancias! Seguramente la paz estaría amedrentada y sin esperanzas. ¿Qué otra comunidad sino un compuesto de imbéciles toleraría una fuerza de policía pagada directamente por los ciudadanos protegidos? ¿Qué ciudadano estaría seguro de protección o libre de acusación injusta? Un escritor brillante de nuestros días caracteriza con gran talento y energía la irracionalidad de nuestro sistema de competencia en la práctica médica.

No es la culpa de nuestros doctores el que el servicio médico de la comunidad tal como se provee al presente, sea un crímen absurdo. Que ninguna nación en su sano juicio, habiendo observado que podemos proveernos de pan dando a los panaderos un interés pecuniario para hacerle, siguiera éste ejemplo con los cirujanos ofreciendo un interés pecuniario por cortarle a uno una pierna; tal práctica sería bastante para hacerle a uno desesperar de la humanidad. Pero, esto es precisamente lo que hemos hecho.

... Voces escandalizadas murmuran que esas operaciones son necesarias. Puede ser. Puede ser también necesario ahorcar a un hombre o derribar una casa. Pero tenemos buen cuidado de no hacer al verdugo ni al derribador de la casa jueces de estas decisiones. Si lo hiciésemos no estaría seguro ningún pescuezo de hombre, ni habría casa estable.

La idea de una Medicina del Estado es una necesidad moderna, nacida del pensamiento democrático, y es una teoría revolucionaria de medicina. Podrá no echar raíces en un estado social que dé poco valor a la vida individual, y en donde la así llamada medicina estuviese basada en la superstición y en el empirismo. Factores principales en apresurar su reciente desarrollo han sido el reconocimiento de los gérmenes como causa de enfermedad, que ha ensanchado grandemente el campo de utilidad de la medicina, y las relaciones comerciales, más vastas hoy como consecuencia de la introducción de facilidades y mejoras en el transporte, que estaban pidiendo protección contra las interrupciones debidas a enfermedades epidémicas; y la pobreza, nacida de una era de explotación industrial, que han compelido a los gobiernos y municipalidades a reconocer la necesidad de seguros industriales del Estado y la inspección médica de las Escuelas.

Ya una gran parte del campo de la medicina preventiva es administrada por el Estado. Nuestros servicios de Salud Pública son cuerpos asalariados. En la regulación de las cuarentenas,

supresión de estorbos públicos, educación del pueblo en lo que se refiere a sus vicios sanitarios, son una necesidad, pues sólo los médicos que dedican todo su tiempo a ello, y que están independientes de la buena voluntad y de los honorarios del público, pueden dar un servicio efectivo. Es obvio que una paga privada a la profesión puede realizar poco en la supresión de enfermedades profesionales, debidas a la ignorancia y codicia de los patronos: o en los destrozos ocasionados por una enfermedad social, en tanto que la idea del secreto profesional se mantenga; o en las de asegurar la pureza de los alimentos mientras se oponga a ello los intereses de los manufactureros. La supresión de esas enfermedades es un ideal posible y próximo a ser realizado y deja poco al futuro terapeuta en su campo; aunque pocos se limitarían a la simple función sugerida por Sir Almroth Wright, declarándose ser simplemente un inmunizador.

Otro campo de la medicina en el cual es aparente que ningún médico puede trabajar de un modo efectivo, salvo aquel que no tenga interés pecuniario en su paciente y sea libre de decir la verdad, es el de las enfermedades imaginarias. Este es el campo donde se cosecha toda forma irracional de curar. Se ha dicho que el curandero por la fé es el único práctico que puede decir al paciente que no tiene nada, y cobrarle por ello, y, yo puedo añadir: continúa haciéndolo indefinidamente.

La práctica de las ciencias médicas de Laboratorio está ya abandonada en teoría a la Administración del Estado. Ciertamente existe una demanda general en la profesión por los laboratorios municipales y del Estado con directores asalariados, con tiempo y equipo a su disposición, cosas que le es imposible tener al médico en la práctica privada.

Queda un muy limitado campo de la medicina clínica, cirugía, y obtetricia en el cual es aun necesario establecer el principio de la medicina por el Estado.

El ideal de una administración médica debe ser el de poner a todo el mundo tan cerca como sea posible, bajo la supervisión médica; establecer el más alto tipo de habilidad profesional y procurar la más efectiva aplicación de esa habilidad. El número de personas que tiene un injustificado terror a la cuenta del médico, ya por ignorancia, ya porque no puede pagarla, y que por tanto no solicita los servicios médicos es grande, y éste número está aumentando a causa de motivos económicos. La inspección médica de las escuelas tiende a contrarestar los efectos de esta tendencia. Los grandes establecimientos industriales están ya introduciendo el servicio médico asalariado. Tales innovaciones preparan el camino para la pronta aceptación en todas sus partes de la Medicina por el Estado. La instrucción en las escuelas acerca de los hechos fundamentales en lo que respecta a las causas, prevención y curso de las enfermedades puede conducir cada vez más al público a apreciar y a emplear útilmente para si el cuidado médico. Se puede objetar que es injusto forzar la supervisión médica sobre personas que niegan, basadas en principios religiosos, la existencia de las enfermedades; pero en réplica se puede confiadamente predecir que cuando el pa-

ciente haya dejado de ser una fuente de provecho monetario para el médico examinador, una temprana y honesta opinión profesional convertirá a la salud y a la limpieza a muchas personas que hoy echan mano de formas irracionales de curación.

Bajo la Medicina por el Estado surgirá un tipo más elevado de médico. Fuerzas económicas actuarán inevitablemente reduciendo el número de colegios médicos. Escuelas del Estado mantendrán más altos modelos para la entrada y graduación, en vez de sacrificarlos por los gastos de enseñanza y el reclamo del número; y dispondrán de mejor equipo que el que le es posible tener a un Colegio de empresa privada. Una profesión asalariada atraerá un más alto tipo de hombre y de mujer,—no el comercial, cuyo objeto es siempre el de explotar al público, sino aquél que busca rendir servicios a la sociedad; hombres y mujeres atraídos por el aspecto científico de la Medicina, que sólo deseen asegurar una entrada suficiente para sus necesidades razonables y estar libres contra las incertidumbres financieras e irritaciones personales que una práctica de competencia trae consigo.

Bajo la Medicina por el Estado una regulación profesional efectiva será posible. En interés de la seguridad pública nuestros ferrocarriles, probablemente nuestros mejores ejemplos en la dirección y organización industrial, sujeta ya a sus empleados a pruebas físicas; requieren hábitos de templanza e insisten generalmente en la honradez en los negocios. ¿Es menos necesario para el Estado sujetar a pruebas de eficiencia a los médicos, que asumen la responsabilidad de las vidas humanas; pruebas acerca de su talento y perfección de los sentidos de percepción, de su vivacidad en las respuestas, fertilidad en los recursos de que dispone y paciencia, requerir hábitos de templanza, y sobre todas las cosas, honradez? La moral profesional y personal son inseparables a despecho de la leyenda médica en contra. Además, en los ferrocarriles se reconoce la falibilidad de la naturaleza humana, especialmente cuando está sujeta a un esfuerzo grande, o cuando a causa de una larga práctica, se realizan los deberes automaticamente. La seguridad del tren no se le confía al individuo, si no que se le provee de varios frenos mecánicos. ¿Debe ser el médico el sólo árbitro de la vida? ¿Debe el paciente quedar sin protección? El médico de conciencia debe unirse al público a contestar éstas preguntas con una enfática negativa.

Tal como actualmente se hacen las consultas, son generalmente inefectivas, y muy á menudo están abiertas al cargo q. les hace un escritor lego, de ser: "una conspiración para ocultar deficiencias". Son consideradas por los legos, no como necesaria conducta en todos los casos (lo que realmente son), sino como una confesión del médico de su propia deficiencia, o de su falta de esperanzas. La elección de los consultantes está determinada por la infundada predilección personal del paciente o de la familia, o por los intereses egoístas del médico. El consultante ideal es aquel médico que no es demasiado insistente en los detalles, ni tolerante con las violaciones de principios; que posee gran ex-

periencia y un pensamiento juicioso, que sólo tiene por objeto el bien del enfermo; que no está sujeto a la tentación de condenar errores, ni a omitir el reconocimiento de méritos. Tal consultante es imposible dentro de un sistema de competencia.

Bajo la Medicina por el Estado se crearía en cada comunidad una Plana Mayor oficial de consultantes, y serían requeridos no uno solo, sino dos o tres para examinar y decidir cada operación dudosa y cada caso de enfermedad crítica.

Tal consulta fortalecería de hecho al médico de asistencia y sería una garantía para el paciente; cosas que no suceden bajo el sistema actual, ni puede ser. Bajo el sistema de la Medicina por el Estado, la aplicación de testos legales y castigos, y el fin de la defensa de un médico acusado de mala práctica, no serían la absolución del demandado, fuera o no culpable, debilitando así la responsabilidad de todos los médicos—sino más bien la determinación de la inocencia o culpabilidad, eficiencia o ineficiencia. Podría predecirse que la convicción significaría la revocación de la licencia y no,—como actualmente—un breve tiempo de prisión, o una multa absurdamente pequeña, con la oportunidad de repetir en adelante la ofensa. La mala práctica quedaría reducida a un mínimun.

Bajo la Medicina por el Estado la habilidad profesional podría ser aplicada de un modo efectivo más extensamente. Se podrían hacer asignaciones a aquel campo particular de la práctica para el cual por talento y temperamento tuviese cada uno aptitud, y el médico no estaría compelido, como actualmente, para asegurar sus entradas, a hacer muchas cosas para las cuales no tiene capacidad. La distinción no se obtendría, como ahora, en contra de los tipos profesionales más elevados, sabios, modestos, concienzudos, y francos. Las mujeres médicos vendrían de un modo natural a ocuparse exclusivamente en aquellos ramos de la ciencia para los cuales una larga experiencia y consideraciones de mortalidad y de etica están en armonía con ellas. La igualdad en las cargas profesionales sería posible utilizando los médicos por turno. No habría ya más q. dos clases de médicos; aquellos que hicieran y los que no hicieran servicios sociales de caridad.

La Medicina por el Estado promete una ganancia económica disminuyendo los límites de la enfermedad y de los accidentes, por el aumento y más unida cooperación entre la profesión y el público; por la ilimitada devoción a la medicina preventiva, por la abrogación de enfermedades imaginarias que son ahora una fuente de provecho, por la concentración en establecimientos, equipos y una Plana Mayor médica, y por tanto evitando las inútiles expensas incidentales y su duplicación. Los gastos necesarios se harían en mayor beneficio de las enfermedades esenciales que de las triviales.

Se ha objetado que la remuneración será menor. La Medicina por el Estado operará indudablemente disminuyendo las entradas en interés de la profesión, considerada como un todo. Sin duda que habría una escala ascendente de salarios basada sobre el tiempo de servicio, como en el ejército. Juzgado por

el precedente de cualquier otro servicio público los resultados serían los de elevar el término medio de las entradas profesionales, con reducción de las entradas desproporcionadas y absurdas de los **especialistas** y de los **cirujanos**.

El Comadrón, guiando a través de los peligros del embarazo y del parto a un ciento de madres, prestaría servicios de tan gran valor para el Estado, como el que hace un ciento de operaciones de alta cirujía (aunque necesarias) o el que corrige un centenar de defectos de la visión. Que algunos honorarios profesionales debieran ser desproporcionados al valor del servicio realmente prestado es indefendible.

Además se objeta que bajo la Medicina por el Estado el individuo no podrá elegir su médico. Esta objeción está suficientemente contestada con la falta de voluntad que tiene todo individuo de conceder crédito a la capacidad ajena para elegir cualquier otro médico que no sea el suyo. Un servicio médico por el Estado dificilmente estará interesado en producir encanto y entretenimiento en el servicio médico, sino que será solícito solamente por la efectividad de tal servicio. Indudable mente grandes defectos en las maneras o en la personalidad forzarán a que su posesor sea destinado a algún servicio en el departamento médico en donde el contacto personal entre paciente y médico no fuera necesario.

Además, se ha expresado el temor de que la Medicina por el Estado destruirá la ambición profesional y el adelantamiento individual removiendo la posibilidad de grandes provechos profesionales, que son el estímulo de la ambición bajo el presente sistema. Aquéllos que expresan éste temor no tienen en cuenta el hecho de que los médicos actualmente no compiten, si no que apropian. De hecho, la asociación mutua en el trabajo de la práctica profesional bajo la Medicina por el Estado y la responsabilidad más estricta de los resultados que la que al presente se obtiene, actuarán como el incentivo más poderoso para hacer lo que mejor pueda cada uno.

Se ha objetado que el servicio médico del Estado no es práctico. Los hechos hasta ahora acumulados en ésta materia demuestran una conclusión contraria.

Aunque se da por admitido que nuestro servicio de Sanidad Pública Nacional no está fuera de toda crítica, el ha probado de una manera sorprendentemente práctica y efectiva la bondad de sus trabajos. Díganlo la condición sanitaria de Cuba, Panamá y Manila, y la detención de la Peste Bubónica en la Costa del Pacífico. Nuestro servicio Municipal de Salud Pública, aunque entorpecido tristemente por la falta de fondos, da resultados mucho más prácticos de los que pueden realizarse por los honorarios privados profesionales. La Inspección Médica de las Escuelas es el medio más práctico que se puede concebir de poner la Sociedad bajo la vigilancia médica. Este medio es simple y económico, y donde quiera que se lleva a cabo por completo, como se hace especialmente en nuestras ciudades más grandes, ha dado resultados de valor incalculable. En estos últimos meses, la cuasi-asociación del Gobierno Británico y de la Profesión Médica Bri-

tánica, en la formación del Acta de Seguros Médicos—la pieza de legislación más sorprendente y revolucionaria relacionada con la práctica médica—ha demostrado la necesidad y la eficacia de la Medicina por el Estado en su totalidad. Esta necesidad ha sido sentida y proclamada por muchos de los médicos ingleses más prominentes.

Ciertamente que el Acta envuelve la inherente debilidad de la responsabilidad dividida entre la Junta y los Comités duplicados; y no es nacional en su fin, desde el momento que las mujeres y los niños no caen dentro de las provisiones para las consultas. Sin embargo, a pesar de todas esas imperfecciones, el Acta ha redundado en beneficio del pueblo inglés y de la profesión Médica grandemente. Aunque al principio la profesión médica inglesa se oponía tenazmente al Acta, basando esta oposición en que aquélla proveía para la práctica por contratos, el 87 ½ % de los médicos se ha registrado ya en el panel; 20,000 de los 22,500 en la práctica general. Desde que el Acta está en efecto, por una tercera parte 1|3 de la población, el Gobierno ha pagado $1,-150 a cada uno de los médicos en el panel; lo que significa, que si el resto de la población paga en igual proporción, por el servicio médico, como lo hace indiscutiblemente, reportará un aumento profesional de $750 a $2,000. Los honorarios pagados a los ayudantes han sido aumentados de $10 y $15 a $29 y $40.

Mientras que a 7,000.000 de trabajadores se les ha asegurado asistencia médica bajo las "Friendly Societies", ahora bajo el Seguro del Gobierno, 14,000-000 reciben ese beneficio. La oposición profesional viene ahora de los pocos que no están en el panel; algunos 5,000, organizados como Médicos Agremiados; y aún ellos admiten que una mayoría de la profesión, de los políticos y de las Compañías de Seguros y del público en general apoyan el Acta. ¿Qué mayor prueba de su eficiencia? Copio de un prominente médico inglés:

"Yo creo que ellos (los críticos del Acta) podrían sólo llegar a las mismas conclusiones que yo—que los prácticos generales, que constituyen la vasta mayoría, así como la columna vertebral de la profesión, han ganado bajo las condiciones finales del Acta de Seguros, lo cual equivale a su emancipación".

Con salarios municipales, sustitutos de los honorarios privados, la Clínica de Mayo en Róchester, con su sistema perfecto, Plana Mayor especializada, constante asociación profesional y consultas, proporcionaría un modelo adecuado de lo que una organización médica debería ser en cada comunidad."

"Medical Record"

EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA ESTIVAL EN LOS NIÑOS.

Crandall, nos dice en el "New York Medical Journal" de Julio 11 de 1914, que dos hechos indican muy claramente la línea de tratamiento dietético en la diarrea estival de la infancia:

Primero, la digestión está paralizada; segundo, el alimento aún el más perfecto, está expuesto a infectarse en el canal alimenticio y a continuar su fermentación. La vieja ilustración de leche fresca dentro de una botella acidada, no

puede ser repetida muy frecuentemente. Aún siendo la leche fresca o el alimento perfecto, sufrirá una putrefacción cuando se ponga en contacto con materia putrefacta.

Así, las indicaciones para la alimentación son claras: Primero, evitad tanto como sea posible introducir alimentos en el canal alimenticio; segundo, cuando se vuelva á la alimentación, seleccionad el alimento que ofrezca los menores cambios químicos y la menor tendencia a la putrefacción. Los cambios en los alimentos pueden ser o por la fermentación de los carbohidratos o de la hidrocarbonados, o por la putrefacción de los elementos de la proteína. Por tanto, debe prohibirse positivamente la leche en la diarrea estival. Es verdad que la leche es un alimento admirable para los niños; también es verdad que el bistek y las patatas son un alimento admirable para los adultos; pero cuando éste padece de diarrea, fiebre y vómitos, la carne y las patatas son eliminadas de la dieta. La razón para eliminar la leche de la dieta del niño bajo condiciones similares es igualmente poderosa; pero no parece que siempre sea reconocida por los médicos. Por tanto, al principio de una diarrea aguda, deberá prohibirse todo alimento; el agua por el contrario debería darse en abundancia, a menos que ésta induzca al vómito. Aún si una parte de ésta es vomitada, es mejor dar alguna porque una parte podría retenerse y así ayudar a evitar una depleción de los tejidos por las deposiciones acuosas excesivas. Podrá volverse al uso de la leche, pero con gran cuidado; algunas veces debe ser prohibida por largo tiempo. Ni aun una nodriza debe buscarse en los primeros períodos. Entre los sustitutos están el agua de cebada y el agua de arroz, las que deben dextrinizarse paa los niños muy pequeños. Caldos de pollo o de corderito pueden probarse, y más luego añadirse alimentos farináceos. Algunos de los alimentos malteados pueden ayudar durante la crisis y algunas de las propiedades de los extractos de carne servirían para el mismo propósito. Algunas veces, se toleran bien antes de que pueda darse leche pura. En otras raras condiciones ha de usarse más juicio en la selección de alimentos después de uno de estos ataques de diarrea. Solo por esfuerzos repetidos puede obtenerse la solución del problema. Estas pruebas deben hacerse cuidadosamente y con alimento diluído y debiendo el médico decidir por si en cada caso.

El tratamiento medicinal debe seguir las indicaciones ya referidas. Como regla, un laxante al principio está indicado enérgicamente. El aceite de castor tiene aplicación, fuera de duda, siendo el modelo, y es regularmente elegido, pues hace su trabajo con más frecuencia y facilidad que cualquier otro purgante. Cuando el estómago está irritable, algunas veces no se tolera, y a otros niños les repugna. Un salino puede entonces llenar su cometido muy bien. El citrato de magnesia y las sales de "Rochelle" son de las mejores. Cuando el estómago está irritable, calomel dividido en pequeñas dosis es con frecuencia el laxante que debe ser preferido. Este detendrá los vómitos y descargará los intestinos; mejor que cualquiera otro remedio. Puede indicarse un laxante a intervalos durante la enfermedad. Si

disminuyen las deposiciones o cesan y la temperatura empieza a subir, debe darse seguida un laxante. En éstos últimos períodos los salinos son especialmente útiles.

El tipo de la enfermedad debe influir grandemente en el tratamiento. Varios años atrás, Crandall hizo un estudio extenso basado en 3,000 casos de los tipos de diarrea estival prevalente en Nueva York. En la segunda quincena de Junio y la primera de Julio el tipo que prevaleció fué el de la diarrea serosa, marcada por grandes evacuaciones acuosas, oscilando entre 20 o 30 al día. Durante las 6 semanas siguientes estos casos serosos fueron completamente raros, y la enterocolitis fué más común. Esto significa que los casos agudos del principio del verano constituyeron una verdadera enfermedad orgánica o inflamatoria. Durante el mes de Agosto las evacuaciones fueron del tipo más espeso y coagulado. Nuevos casos son menos frecuentes al principio del verano. A fines del verano y a principios del Otoño aparecen las colitis y las descargas son del tipo llamado de disentería. Estas consisten enteramente de moco y de sangre y son acompañadas de pujos, y de alta fiebre.

En casos del tipo seroso, con veinte o treinta grandes descargas al día es a menudo una cuestión de si es prudente emplear un laxante. Uno a veces está en duda de si no es mejor si le es posible impedir la evacuación tan profusa. En los otros tipos, sin embargo, no hay dudas acerca de si se debe limpiar el trayecto intestinal de toda materia putrefacta. Cuando se encuentra moco y sangre en las evacuaciones, debe darse aceite de castor y persistirse en él; aún a costa de causar náuseas y vómitos; pues no tenemos otro agente que produzca los resultados obtenidos por el aceite de castor en estas condiciones.

Los astringentes, tan usados en el pasado, hoy son irracionales e inefectivos. La sola supresión del número y de la cantidad de las deposiciones es lo que deberíamos buscar al principio. Cuando se puede conseguir este fin removiendo la materia podrida y restaurando una condición normal es muy deseable; pero la mera constricción de los intestinos y aprisionamento de materia venenosa en ellos, es lo que menos se debe desear. Crandall, ha usado unas pocas gotas de pernitrato de hierro en ocasiones, en estados coléricos, o en una condición colicuativa; pero es muy rara la necesidad de este tratamiento.

El hecho de que éstas diarreas estivales sean debidas enteramente a la acción de un gérmen hizo llegar al deseo de emplear medidas antisépticas. En general estas han sido un fracaso, como el tratamiento de los astríngentes. La mayoría de los antisépticos son absorbidos antes de que lleguen al lugar de la infección. La posibilidad de desinfectar un tubo arrugado y doblegado de 20 pies de largo, por un antiséptico que no mate al niño al mismo tiempo, ha probado ser visionaria. A pesar de todo se puede hacer algo con los antisépticos, y algunos prácticos los usan bastante. El salol, la resorcina y los salicilatos han sido los más empleados comunmente. El salol no se diluye con otra mixtura y no es de administración fácil para un niño pequeño. Se debe dar resorcina, pero con cuidado; y este

agente no penetra muy lejos en los intestinos. Los salicilatos son absorbidos en el estómago y son propensos a irritar éste órgano. El bismuto es insoluble y la única droga que podría llevarse a través del canal intestinal. Se ha usado mucho y Crandall, cree que éste sea el remedio más eficiente para la diarrea. El subnitrato es quizás el que más se usa, pero él prefiere mejor el subgalato, particularmente si hay gases o ventosedad. La dosis de cualquiera de estos medicamentos debe ser más grande que la que se acostumbra dar. Pueden darse 3 granos cada dos horas a un niño de un año. Crandall, prescribe éste usualmente con unas pocas gotas de mixtura de creta sin goma. Es ventajoso añadir 10 gotas de sirop aromático de ruibarbo a la prescripción, lo que hace la mixtura un poco más agradable al paladar. El bismuto solo o con algún simple ayudante, es hoy la droga más comunmente usada en la diarrea estival. Se ha abusado tanto de ésta, sin embargo, que algunos prácticos se han imbuído en la creencia de que no se debe usar; pero esto es demasiado radical; ésta debe usarse, pero con especial inteligencia.

El uso inteligente de cualquier droga requiere un conocimiento de su acción fisiológica. Particularmente esto es cierto, en una droga tan compleja como el opio. Una breve reseña de aquellas acciones no está por lo tanto demás. Las siguientes son las más importantes:

Estímula el corazón, debilita la respiración, actúa sobre el centro respiratorio de la médula; embota los nervios sensoriales; aminora la secreción del canal digestivo, de los bronquios, y de todas las superficies mucosas, del hígado y de varias glándulas; aumenta a menudo la secreción del cutis y de los riñones; disminuye la acción de la fibra muscular lisa, impidiendo así la peristalsis y el espasmo intestinal y el espasmo de los conductos glandulares. No se necesitan argumentos para probar que una droga que posee poderes tan variados y aparentemente contradictorios pueda usarse negligentemente, sino con resultados desastrosos.

En la diarrea, las principales acciones deseadas del opio son su poder de aliviar el dolor, el de estimular el corazón, disminuir la secreción del trayecto intestinal, y evitar la peristalsis. Dos de las primeras y la última son las más importantes. Cuando la enfermedad ha continuado por largo tiempo y el colón y el recto están irritados, de manera que ocurren frecuentemente movimientos pequeños y tenesmo, un opiado puede hacer mucho para atajar la enfermedad y ayuda a que no se gaste el niño. Se puede usar también en dosis pequeñas en casos en los que los intestinos actúan tan pronto como se lleva alimento al estómago. En estos casos el niño se va gastando porque el paso rápido del alimento por el canal alimenticio no permite su digestión y absorción. Un estudio de estas condiciones parece probar las conclusiones siguientes respecto a las indicaciones para el uso del opio en las enfermedades de diarrea en los niños:

(1) Está contraindicado: en los primeros estados de la diarrea aguda, antes de estar el canal intestinal libre de materias descompuestas; (2) cuando las deposiciones no son frecuentes o tienen

mal olor; (3) cuando hay una temperatura alta o hay presencia de síntomas cerebrales; (4) cuando su uso está seguido por elevación de la temperatura, o las evacuaciones se hacen más mal olientes.

Está indicado (1) cuando son muy frecuentes las evacuaciones, acompañadas de dolor; (2) cuando las deposiciones son frecuentes en exceso, grandes y acuosas; (3) en la disentería diarréica, en la cual deberá ser precedida de aceite de castor o de solución salina; (4) en los últimos períodos con evacuaciones frecuentes pequeñas y tenesmo; (5) cuando las deposiciones consisten grandemente de alimento sin digerir y los intestinos actúan enseguida que el alimento llega al estómago.

El método de su administración es muy importante. Los opiados no deben añadirse a la mixtura antidiarréica ordinaria, que se repite usualmente entre cortos intervalos. Debe darse solo; así puede regularse la dosis con más seguridad. Esto permite que la mixtura antidiarréica sea aumentada considerablemente, si las exigencias así lo requieren. Los intervalos deben ser suficientes para permitir que el efecto haya cedido en parte, antes de repetirse la dosis. Estos deberían ser rara vez menores de tres horas, mientras que 4 es más ventajoso con frecuencia. La falta de precisión y de exactitud ha sido la causa del mucho daño que ha resultado del opio en las diarreas. El opio es una droga muy fuerte para ser prescrita con la inexactitud con que se usa la mixtura de creta, el bismuto y los astringentes. La dosis vería grandemente, y es imposible fijarle reglas positivas. Debería ser tan pequeña como posible fuera, con el objeto de reprimir la peristalsis y remediar el excesivo dolor. El narcotismo debería ser evitado estrictamente. Las preparaciones más provechosas y eficaces para los niños son los paregóricos y tinturas deodorizadas. Como regla general, una mínima de paregórico (equivalente a dos gotas) puede darse por cada mes de la edad del niño. A los de un año, ¾ de una mínima de la tintura deodorizada es una dosis entera, o ¾ de un grano de polvo de Dover. La dosis inicial de opio tiene que ser pequeña, y sus efectos deben ser observados antes de repetirla.

OFICIAL.

Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Esta se llevará a efecto en la segunda quincena del mes de Diciembre en la ciudad de Guayama. Se encarece a todos los miembros de la Asociación que deseen presentar algún trabajo a dicha Asamblea que se sirvan participar el tema de dicho trabajo al Secretario de esta Asociación, Dr. Jorge del Toro, con el objeto de poderlo incluir en el programa de dicha Asamblea.

AÑO X. OCTUBRE 1914. NUM. 103

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL PUBLICACION MENSUAL

Suscripción por un año $5.00
Número suelto 0.25

Para más informes, diríjanse la correspondencia y anuncios al Editor.

De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica.

Redacción: Luna 41. Box 1306. San Juan, Puerto Rico.

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

Presidente: Bailey K. Ashford, M. D., San Juan, P. R.

Vice Presidente: Pedro Malaret, M. D., Ponce, P. R.

Tesorero: Jacinto Avilés, M. D., San Juan, P. R.

Secretario: Jorge del Toro, M. D , San Juan, P. R.

CONSEJO

Pedro Gutiérrez Igaravidez, M. D., San Juan, P. R.

Manuel Quevedo Báez, M. D., San Juan, P. R.

Eliseo Font y Guillot, M. D,, San Juan, P. R.

Editor del Boletin: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.

Auxiliar Editor: Esteban García Cabrera, M. D.,
San Juan, P. R.

SUMARIO

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.
ORGANO OFICIAL
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO X. OCTUBRE 1914. NUMERO 103

EL PARASISTISMO CRIPTOGAMICO

POR EL DR. F. DEL VALLE ATILES.

No es de ahora que se ha reconocido a las plantas criptógamas importancia desde varios puntos de vista. Estos pequeños seres que son los de organización menos complicada entre los vegetales, no obstante su sencillez orgánica, comprenden una numerosa clase de plantas beneficiosas unas y perjudiciales otras al hombre. El distinguido botánico alemán J. Sachs las agrupó en diez clases llamadas: algas, hongos, caráceas, hepáticas, musgos, helechos, equicetaceas, ofiogloceas, rizocarpeas y licopodáceas; en cada una de las cuales encuentra el hombre ya auxiliares para al industria o la curación de las enfermedades, ya alimentos, y también, por desgracia, agentes capaces de producirle enfermedades.

Desde éste último punto de vista, nuestros conocimientos acerca del parasitismo criptogámico sólo han sido adquiridos en fecha reciente; y el campo de éste estudio está abierto aún, prometiendo a los investigadores cosecha abundante de hechos cuya aplicación práctica al bienestar común no cabe dudar.

Refiriéndonos a las familias de las algas, recordamos que entre las ulváceas, algunas se han recomendado contra las escrófulas y el linfatismo; y entre las coralíneas, la coralínea oficinal y el musgo de córcega, son también de uso medicinal.

Entre los hongos, plantas microscópicas por lo común, abundantes en la naturaleza, es en donde hallamos una numerosa clase capaz de ejercer enérgica acción sobre otras plantas, sobre los animales, y sobre el hombre mismo; de ésto último dán prueba el Oidio pulmonar, el Acorión, y las Microspóreas; Mucedineas relacionadas con la tisis pulmonar, las enfermedades de la boca en los niños de peño, la tiña, la calvicie, y otra serie de dolencias por ellas producidas, o en las cuales se las encuentra asociadas a otros parásitos.

La importancia del cornezuelo de centeno y de los fermentos, de las tuberaceas, liquenes y musgos, es bien conocida de todos.

Ultimamente los casos de Micosis han llamado la atención profesional, y los estudios acerca de estos parásitos, especialmente los de Beurmann y Gougerot han despertado la actividad de los pató-

logos hacia estos pequeños vegetales cuyo papel en la nosología humana se agranda cada día.

Así los vegetales parásitos han venido a ocupar un lugar más considerable en la patología humana y comparada; tales parásitos han sido clasificados por M. Pinoy en parásitos de los vegetales. Myxomicetos; y parásitos del hombre y de los animales. Eumicetos; éstos últimos subdivididos según su modo de reproducirse en Omycetos, productores de huevos; Ascomycetos que fructifican por ascóporos; Basidyomycetos que forman basidiosporos. A éstos se añaden los "Fungi imperfecti" cuya forma de reproducción es aún desconocida.

A los Oomycetos o Mucorineos patógenos perteneven el "Rhizomucor parasiticus" que produce una enfermedad pulmonar análoga a la tuberculosis. Los Ascomycetos, que forman parte de las levaduras patógenas, dan los parásitos del muguet, de las tiñas, las aspergilosis y ciertos mycelomas. En los "Fungi imperfecti" se colocan los parásitos de la pitiriasis (Molasseria profusa) del erytrasma (Microsporon minutisimun) las esporotricosis, las descomosis parásitos de la antinomicosis y del pie de Madura, (Mycetoma). Ultimamente se han descrito nuevas Micosis: oidiomicosis ocurridos en diversos países. En das por M. Sabourand, M. Rodin, M. Landrieu y otros.

En estos últimos tiempos se han presentado ante las sociedades médicas, con bastante frecuencia, casos de Micosis ocurridos en diversos paises. En Puerto Rico también se han observado algunos, y en los laboratorios se descubren nuevos hongos que van aumentando el número de los ya conocidos, y agrandando la serie de enfermedades dependientes del parasitismo.

Créese que estos hongos no solo actúan como huéspedes extraños, viviendo a expensas de nuestros tejidos, sino produciendo toxinas o venenos a manera de las bacterias, cuya constitución, como algas, las aproxima tanto de los hongos" que algunos anatomopatólogos creen que las bacterias no son más que formas diferenciadas de los hongos. De como adquiere el hombre las enfermedades micósicas es fácil darse cuenta conociendo como se conducen las criptógamas como parásitos. Unas veces es por el contacto con los objetos inanimados, como en la actinomicosis adquirida por mascar rastrojos; otras es por el contacto con animales antinomicósicos, ganado vacuno. La esporotricosis se adquiere por contaminación con maderas ó con insectos que lleven el sporotrichum. La aspergilosis, por las semillas infectadas por el parásito ó por el contacto con los pichones.

Las enfermedades micósicas son producidas pues por dos distintos mecanismos. El parasitismo propiamente dicho, y el envenenamiento que el parásito puede producir una vez instalado como huésped y en uno u otro caso, tendremos los tumores actinomicósicos, o trastornos generales cuyo cuadro sintomatológico variará según múltiples circunstancias.

El diagnóstico de la micosis no es fácil, sin embargo hay ciertos síntomas en los cuales puede apoyarse aquél. Tales son los tumores característicos y las lesiones de la piel y del cuero cabe-

lludo; la presencia de elementos figurados típicos en las secreciones normales o patológicas, cuales son los cuerpos amarillos de la actinomicosis, los filamentos miscelianos de la esporotricosis, los filamentos ramificados que se hallan en los esputos y en las secreciones bronquiales de los que han sido infectados con el oosporo y los esporos del aspergillus, en los esputos; y, sobretodo, las culturas, el examen microscópico, y ultramieroscópico, la sero-aglutinación e inoculación, de todo lo cual puede informarse el práctico por mediación del laboratorio.

Aparte de esto, las micosis, afecciones esencialmente polimorfas, aunque ofrecen el inconveniente de la posibilidad de confundirlas con otras enfermedades, tienen, sin embargo, una marcha típica. La oosporosis y la aspergilosis imitan la tuberculosis pulmonar. La esporotricosis puede confundirse con la sífilis y la tuberculosis cutánea. La actinomicosis y la esporotricosis se parecen mucho al cáncer, pero la evolución es distinta no obstante en cada caso; pues las que afectan la forma tuberlusa llevan una marcha esencialmente lenta, y los síntomas generales no corresponden a la extensión de los signos clínicos.

Por su parte los canceres, imitados por las micosis, curan espontáneamente en unos puntos y reaparecen en otros súbitamente.

De todos modos las micosis no pueden siempre considerarse como enfermedades benignas, pues sin embargo de que aún en los casos de lesiones cutáneas o más profundas, considerables, el estado general suele ser relativamente bueno, se han observado, aunque rara vez, complicaciones cerebrales graves y asociaciones bacteriomicosas que han producido la muerte.

Por fortuna el tratamiento casi siempre es eficaz cualquiera que sea la forma de la micosis; y consiste en el uso de los iodados; asóciase a estos en la oosporosis el arsénico. En los casos de tumores, por supuetso, se impone la intervención quirúrgica.

Esta rápida reseña de lo que más sobresale en nuestros conocimientos acerca del parasitismo criptogámico, nos dá una idea de la importancia que ha adquirido el estudio de estos seres orgánicos, que se nos presentan revestidos de más importancia de la que comúnmente se les ha supuesto hasta ahora.

CONFERENCIA.

POR EL DR. MATANZO

A continuación insertamos un ectracto tomado taquigráficamente de la conferencia, con presentación de casos clínicos, que el día 4 de Octubre dió en el local de la Asociación Médica de esta ciudad el oculista Dr. F. Matanzo. Como verán nuestros lectores se refiere al interesante tema de la conjuntivitis tracomatosa en Puerto Rico.

Para continuar el estudio de la Con-

juntivitis tracomatosa en nuestra Isla presento á mis compañeros en esta ocasión un cierto número de enfermos que hacen relación á lo que será dicho en esta conferencia, más a lo que ya en dos ocasiones distintas túve ocasión de referir, es decir, en mis conferencias sobre la materia en Ponce primero; y en la Asociación Médica de Puerto Rico en este mismo local después.

Estos enfermos representan diversos tipos de la afección desde el caso no tratado y con ambas conjuntivas invadidas, hasta casos en completa curación, bien por haber sido sujetos a un tratamiento quirúrgico adecuado, o a un tratámiento médico, y casos también intermedios, así como casos en pleno período cicatricial. Estos últimos, de los cuales hay dos, son precisamente los que me han inducido a hablar una vez más sobre este debatido tema. En efecto, como ustedes han visto, estos dos casos tienen completamente destruida la mucosa del párpado superior de ambos ojos y reemplazada en su totalidad por un tejido cicatricial. En uno de ellos además existen ulceras de la cornea y pannus. Ambos presentan engrosamiento de los párpados, ptosis y abarquillamiento de los mismos. La historia de uno de ellos es que habiendo padecido de una inflamación con supuración y fotofobia fué tratado primero con algunos lavados y colirios, y más tarde sujeto a una operación. Al oir esta historia parece que el estadío cicatricial del caso pudiera ser dependiente del tratamiento quirúrgico a que fué sometido, pero más luego me encontré con un hermano de este paciente, que es el otro caso que presento aquí, habiendo padecido de la misma infección, sin haber sido sujeto a tratamiento médico ni quirúrgico en absoluto y también ofreciendo todos los caracteres del período cicatricial del tracoma. Ahora bien, durante los años que vengo observando esta enfermedad en Puerto Rico, no había encontrado casos tan típicos como estos en que se pudiera apreciar de una manera el tercer período, o período cicatricial de la enfermedad y siendo esta fase de la afección la que la caracteriza principalmente y permite deslindarla en absoluto de otras afecciones muy similares, en especial la conjuntivitis folicular, por eso creo interesantísima la presentación y estudio de estos dos casos, puesto que con ellos se puede afirmar sin lugar a ningún género de duda la existencia del tracoma en Puerto Rico en nativos de este país, que la han contraido sin salir de su territorio.

Ahora bien, entre los otros casos presentados hay distintas graduaciones que son interesantes á observar como son foliculosis completa de ambas conjuntivas tarsales superiores en las cuales encontramos numerosos granos o masas linfoideas que la recubren haciendo relieve hacia la superficie. Estas masas en otros casos ocupan solamente el borde tarsal superior y el fondo de saco y hay casos también, como pueden verse entre algunos de los presentados, en que las elevaciones foliculares están limitadas al fondo de saco inferior y a los ángulos internos y externo del fondo de saco superior. Así mismo hay varios casos indemnes de toda granulación uno de ellos que ha sido tratado quirúrgicamente. Antes

de seguir adelante deseo repetir algo sobre las ideas generales expuestas ya en conferencias anteriores acerca del tracoma, toda vez que nos será interesante recordarlas a fin de sacar el mayor partido posible del estudio de los enfermos presentados y formar el mejor concepto posible del asunto hasta establecer las conclusiones que al final de esta conferencia pienso fijar.

Es sabido que el tracoma es una enfermedad infecciosa contagiosa caracterizada por la presencia en las conjuntivas tarsales superiores de masas linfoideas que forman relieve en las mismas dando a la superficie mucosa el aspecto de estar cubierta de granos de sagú cocido, o huevas de rana. Al propio tiempo los párpados están engrosados (algo caídos) ptosis, hay lagrimeo, sensación de picor, de quemazón, más o menos abundante secreción y, en ciertos casos, fotofobia, todo esto dicho de una manera concisa; y, entrando en el detalle de la descripición de la enfermedad, podemos decir sucintamente que pueden considerarse tres períodos. Período inicial, período de estado o de comienzo de cicatrización y período cicatricial, pudiendo apreciarse en el primero distintas formas cuales son la forma llamada foliculosis conjuntival en que los síntomas subjetivos son apenas apreciables. El enfermo se queja muy poco y solamente por un examen sistemático o por alguna circunstancia casual es descubierta la enfermedad encontrándose las mucosas tarsales superiores cubiertas de los granos característicos ya citados.

Otra forma de mayor intensidad en los síntomas y mayor relieve en las manifestaciones subjetivas de la afección con mayor engrosamiento de párpados, mayor secreción y más lagrimeo, y por último la forma en que reacciona extraordinariamente la conjuntiva a la infección, se desarrolla un gran número de papilas, se inyecta extraordinariamente la mucosa y todo ello oculta al exámen la presencia de las granulaciones, existiendo al propio tiempo una gran cantidad de secreción que unida al engrosamiento extraordinario de los párpados, a la hinchazón dolorosa de los ganglios pre-auriculares puede hacer confundir el caso con una grave conjuntivitis blenorrágica.

En el segundo período o período de comienzo de cicatriz los síntomas lagrimeo, secreción, picor, pueden haber disminuido o desaparecido del todo. Los granos comienzan a ser menos numerosos por irse reabsorbiendo o fundiendo unos con otros. El tejido propio de la mucosa va desapareciendo siendo substituído por un tejidó cicatricial y al propio tiempo pueden presentarse ya algunas complicaciones que no son sin embargo exclusivas de iniciarse en este período como el pannus, úlceras de la cornea, etc.

Por último en el período cicatricial el tejido mucoso ha sido reemplazado por un tejido de cicatriz. Las granulaciones todas han desaparecido por reabsorción, el epitelio que recubre la mucosa ha desaparecido también o tan solo quedan pequeños islotes del mismo, la mucosa no segrega, el ojo, por lo tanto, está desprovisto de la lubrificación que habitualmente le desembaraza de los cuerpos extraños, y del polvo, etc. El sujeto experimenta una

sensación molestísima de sequedad, el párpado está abarquillado, las pestañas invertidas y si á esto agregamos las molestias ocasionadas por las úlceras de la cornea, la pérdida de vista consiguiente a las cicatrices, (leucomas), de las úlceras curadas, el triquiasis y su cortejo de trastornos todo ello completa el estadío final de esta temible dolencia.

No entramos a analizar la anatomía patológica de esta afección por no considerarlo propio del momento y nos limitaremos a decir que las granulaciones están constituídas por un acumulo de células linfáticas constituyendo pequeños granulos sin envoltura completa e incompletamente aislados de otros con algunos pequeños vasos sanguíneos, tabiques de tejido conjuntivo y vasos capilares ramificados en el interior de los mismos.

Del mismo modo no insistimos acerca de la etiología, bastante oscura, hasta el presente, pues los corpúsculos de **Prowazep** y **Halberstadler** tan debatidos en estos últimos años necesitan aún mayor estudio para ser confirmados como causa específica del tracoma.

Del pronósito y tratamiento no decimos nada en términos generales por creer más adecuado al caso hablar de estos dos apartados con relación al problema de esta afección en nuestro país. Más adelante nos ocuparemos de estos dos puntos y entrando a tratar las modalidades de los casos corrientes que a diario se presentan para ser examinados entre los cuales pueden clasificarse los aquí vistos hoy, nos ocupamos enseguida del diagnóstico de la afección.

Este es el punto más interesante del asunto, toda vez que de un buen y justo diagnóstico se deriva un acertado y bien encaminado tratamiento, tanto profiláctico como curativo; y si éste último es de importancia para el individuo, aquél lo es de tanta o más para la comunidad, sobre todo en una afección contagiosa como la que nos ocupa, y que por haberse observado en la población escolar está relacionada su profilaxis con el interesante problema de la asistencia escolar.

De los pacientes aquí vistos, todos niños comprendidos en la edad escolar; de los casos que han podido observar los compañeros aquí presentes y otros ausentes a quienes he oído hablar sobre la materia, y de mi experiencia personal en este país puedo decir bajo el punto de vista diagnóstico, que hay un gran número de niños que no están afectados de tracoma, ni de ninguna otra afección de forma granulosa; otro gran número están afectos de conjuntivitis folicular, dolencia de fácil confusión diagnóstica con el tracoma, y un número no despreciable tiene sus mucosas conjuntivales plagadas de granos que las recubren casi en su totalidad.

Aquí hemos visto niños con fina inyección vascular e hiperhemiada su conjuntiva tarsal inferior, sin secreción, normal la conjuntiva superior y ligeros o insignificantes folículos en el fondo del saco superior, cerca del borde posterior del tarso.

Otros tenemos aquí y se observan con frecuencia en las escuelas, que presentan elevaciones numerosas, oblongas, superficiales, dispuestas en series linea-

les en la conjuntiva palpebral inferior, con muy pocos o ningún folículo en el párpado superior, sin secreción o muy escasa y ninguna o insignificante molestia para el paciente.

He presentado en otra ocasión, y hoy también en uno de estos niños, casos con ambas conjuntivas tarsales y de fondo de saco recubiertas de elevaciones prominentes, grisáceas, redondeadas cubriendo toda la mucosa como un pavimento en relieve. Estos granitos he tenido ocasión de exprimirlos muchas veces bajo la lente binocular y dan una sustancia grisasea como materia cerebral.

Los primeros casos corresponden a una conjuntivitis catarral, o a una hiperhemia conjuntival que puede depender de alguna condición general o de alguna causa local, defecto de refracción por ejemplo. Es fácil no confundirlos con los últimos casos citados y no tiene importancia su existencia bajo el punto de vista de la profilaxis.

Los últimos casos que llamamos foliculósis de la conjuntiva son los que son más justiciables de ser clasificados como una modalidad del tracoma y su aspecto es tal que una vez vistos unos cuantos enfermos su diagnóstico es fácil. No obstante, los casos ligeros pueden ser confundidos con los casos más intensos de los descritos en segundo término que correspondan a la afección denominada conjuntivitis folicular.

El diagnóstico diferencial con esta útlima dolencia en muchos casos no puede hacerse, aun por experimentado observador, sino por la evolución del proceso, sujeta a graves complicaciones en el tracoma; casi sin consecuencias en la conjuntivitis folicular. Como no es el caso de esperar a tales extremos para establecer un diagnóstico que urge sobre todo bajo el punto de vista profiláctico, se tendrá en cuenta que, sin bien no tan grave en sus consecuencias, la conjuntivitis folicular infecciosa y contagiosa debe ser también perseguida y combatida como el tracoma. Los casos ligeros de éste, y los más intensos de la folicular son los que se prestan más a confusión por su semejanza; pero unos y otros deben ser perseguidos en la misma escala y como los medios profilácticos y de tratamiento son los mismos, la norma a seguir, bajo el punto de vista práctico de la persecución y extensión de estas dolencias ,no será difícil.

En general puede decirse que la localización de las granulaciones en la conjuntiva tarsal inferior, en líneas paralelas, superficiales y de forma oblonga dichos granos, sin gran reacción por parte de la mucosa, son los síntomas que caracterizan la conjuntivitis folicular. Como los gramos pueden a veces presentarse en la conjuntiva tarsal superior y su anatomía patológica es igual a la de los del tracoma, se comprende enseguida la dificultad diagnóstica de muchos casos. Aclara esta dificultad el hecho de que las úlceras de la cornea, el pannus, estadio cicatricial y sus consecuencias etc., propios del tracoma no se observan en la conjuntivitis folicular. Como se comprende enseguida no es cuestión de esperar a la aparición de estas complicaciones y consecuencias para establecer un diagnóstico; pero por fortuna la profilaxis y tratamiento de ambas dolen-

cias descansan sobre las mismas bases y pueden ponerse en práctica en todos los casos aún en los de difícil diagnóstico.

He insistido en la diferenciación de ambas afecciones no sólo por el interés científico de la cuestión, sino también por lo que afecta al aspecto pronóstico de la presencia de estas afecciones en nuestra población escolar. Hasta hace poco, antes de la observación de los dos casos en período cicatricial de tracoma que he tenido el gusto de mostrar a Vdes., hoy, y cuyas circunstancias los colocan fuera de toda duda de no ser casos genuinamente puertorriqueños, en edad escolar; sorprendido por la evolución benigna en extremo de los casos de conjuntivitis granulosa por mí observados, tenía mis dudas acerca de poder afirmar categóricamente la presencia del tracoma en individuos genuinamente portorriqueños. En muchos y notables casos, alguno de ellos aquí presentados en una conferencia anterior, las lesionés anatómicas, las conjuntivas invadidas en toda su extención por numerosos granos, con todas las características de los del tracoma, no dejaban lugar a duda acerça del diagnóstico clínico y anatómico aparente de la dolencia. No se hizo en ningún caso estudio histológico, pero la abundancia y aspecto de los granos era tal, que lo menos que podía afirmarse era que se trataba de una de las variedades de tracoma de la forma llamada foliculosis de la conjuntiva. Esto para los casos más intensos, un gran número de otros por mí observados correspondían netamente a casos de conjuntivitis folicular.

Ahora bien, en ningún caso, absolutamente en ninguno, y, fuera por la circunstancia que fuere, benignidad de la afección, tratamiento precoz, etc., pude observar las temibles complicaciones del tracoma, ni siquiera algunas de las otras formas que más alarma producen con su gran reacción de la mucosa e intensidad sintomatológica.

Por otra parte, tratamientos medicamentosos relativamente débiles, sobre todo comparados con los que conozco de mi experiencia en las clínicas de Europa, y a los cuales el tracoma ofrece una resistencia tenaz sin que puedan evitarse las complicaciones o consecuencias en muchos casos, tratamientos débiles, digo, triunfan aquí en breve plazo de la afección y a este propósito puedo citar muchos casos que fueron curados en poco tiempo con sólo un tratamiento de lavados antisépticos, colirios de argirol para combatir la secreción y de adrenalina para combatir la hiperhemia de la mucosa, sin que ni en el curso de la dolencia ni posteriormente se pudiera apreciar la menor complicación por parte de la córnea o de de la conjuntiva. Algunos de éstos casos estaban tan plagados de granos que parecían necesitar con urgencia un tratamiento quirúrgico de la afección y sin embargo el tratamiento citado, con ligeras variantes, mejoraba rápidamente al principio y curaba más tarde éstos enfermos, que quedaban sin la menor huella de la dolencia por ellos padecida, con sus mucosas oculares lisas y sonrosadas.

Puedo pues, decir, refiriéndome al pronóstico del tracoma en nuestro país, apoyado en un gran número de obser-

vaciones, que la enfermedad presenta el tipo más benigno de la misma y sobre todo, obedece con facilidad al tratamiento medicamentoso, pudiendo obtenerse la curación en plazos relativamente breves y sin dejar huellas del paso de la enfermdad; circunstancias éstas dos últimas, muy raras y dificilísimas de obtener en los casos de tracoma que suelen verse en Europa y en los Estados Unidos.

De todo lo dicho pueden, en mi concepto, deducirse las conclusiones siguientes:

1a. Existe un gran número de niños atacados de granos en sus conjuntivas, cuyos granos constituyen en muchos de ellos la expresión de una conjuntivitis folicular y en otros muchos una variedad de la conjuntivitis tracomatosa, llamada foliculosis de la conjuntiva. Esta es la variedad más benigna de la afección y así lo confirma la ausencia absoluta de complicaciones, pues a pesar del gran número de niños atacados, no conozco ni tengo referencia de ninguna complicación, y la facilidad con que obedece al tratamiento.

2a. Los dos casos presentados, de niños portorriqueños, en edad escolar, con sus conjuntivas atrofiadas, de aspecto cicatricial, abarquillamiento de los párpados, pannus y úlceras de las córneas, todas secuelas y características del estadio final del tracoma, borran toda duda, si alguna pudiera cabernos, de la existencia de la afección en nuestro país y de las temibles consecuencias que pudira acarrear si presentara la forma maligna que en otros casos, como la que se desarrolló en los dos niños aquí observados.

3a. La benignidad de la afección no debe ser causa para que desmayemos en perseguirla y combatirla por todos los medios profilácticos y curativos a nuestro alcance, pues nada ni nadie nos garantiza que al lado de los casos benignos no pudieran presentarse los casos más graves y de consecuencias más funestas.

4a. Relacionado con la profilaxis y tratamiento del tracoma en nuestra población escolar está el problema de la concurrencia de los niños a las escuelas, y refiriéndome a punto tan importante, tuve oportunidad de exteriorizar mi opinión en conferencias anteriores sobre la materia.

Siendo así que la afección reviste un carácter benigno, puede tenerse a la par que una vigilancia constante e institución inmediata del tratamiento en cada caso, la suficiente tolerancia en cuanto a la concurrencia de los niños al medio ambiente escolar haciendo, sin embargo, la salvedad relativa a excluir, siquiera sea temporalmente de las escuelas, a los niños que padeciendo de granulaciones tengan secreción; pues siendo este el vehículo principal del contagio por medio de los dedos, pañuelos, tohallas, objetos de uso, etc., es indudable que tolerar la asistencia de los niños en tales condiciones es favorecer la difusión de la enfermedad. Los niños que no tuvieran secreción podrán ser admitidos a la escuela, sujetos a observación y siguiendo el tratamiento apropiado en cada caso.

Para terminar, quiero decir algunas palabras relativas al tratamiento conque he logrado curar algunos casos, mejorar otros y sobre todo, afian-

zar en mi ánimo el convencimiento de que si bien estamos frente a un peligro cierto y temible, no estamos por fortuna desarmados para combatirlo. Con las sales orgánicas de plata y los lavados antisépticos triunfaremos de la secreción en todos los casos, y en plazo más o menos breve, los astringentes, la adrenalina y el tanino en primer término nos harán vencer la hiperhemia de la conjuntiva y nos permitirán reducir el número de folículos inflamados, de los cuales daremos cuenta más tarde con algunos cáusticos como el lápiz o glicerolado de sulfato de cobre.

Las cauterizaciones con el galvano cauterio o el raspado o expresión de las granulaciones son el ideal del tratamiento en estos casos, pues curan pronto y radicalmente la afección. Aquí he presentado un caso raspado, curado en pocos días y con sus mucosas normales e indemnes. Algunos otros casos he sometido a éste tratamiento y aún cuando no dejo de seguir afirmando la benignidad de la afección en nuestro país, no estoy arrepentido de haber empleado este tratamiento que considero el mejor, más eficiente, rápido y radical.

En mi concepto el Departamento de Sanidad está siguiendo una marcha muy bien inspirada en la profilaxis y tratamiento del tracoma en nuestras escuelas y debemos todos esperar que la labor realizada por nuestros distinguidos compañeros del servicio Sanitario, con el concurso decidido que, dicho sea de paso, es digno de elogio prestado por los padres de familia, concluirá por triunfar en toda la línea y podremos decir que hemos hecho desaparecer de nuestra isla esta temible dolencia, como ya en época no lejana obtuvimos análogo triunfo contra otro mal de no menos temibles estragos.

NOTAS VARIAS.

VULVOVAGINITIS BLENORRAGICA DE LAS NIÑAS.

La vulvovaginitis de las niñas es casi siempre de origen blenorrágico. Como que algunos autores de nombradía le han atribuído un papel importante en la producción de algunas afecciones genitales de las jóvenes (metritis de las vírgenes, anexitis precoces y, consecutivamente, esterilidad), conviene conocer sus principales caracteres.

Etiología.—Algunas condiciones anatómicas **favorecen** mucho el desarrollo de la vulvovaginitis infantil.

La mucosa vaginal es extensa "anfractuosa, apta, por consiguiente, a la penetración y a la persistencia de los agentes microbianos. La hendidura genital está bastante abierta, mucho más de lo que lo es en la mujer por separación de los muslos. El himen ofrece una amplia superficie mucosa para las siembras blenorrágicas. En definitiva, la conformación anatómica de la vulva y de la vagina predispone a la niña a las inflamaciones de órden gonocócico. De aquí que la vulvovaginitis sea la más frecuente de todas las afecciones genitales de las niñas.

Pasemos al estudio de las otras **causas predisponentes.**

Rara vez se verifica la limpieza rigurosade los órganos genitales externos de las niñas, ni aun en las familias acomodadas. La existencia de masas abundantes de esmegma, la posible introducción de excrementos en las vías genitales, el empleo de paños sucios o irritantes, favorecen la infección de la mucosa vaginal. Los traumatismos, tales como violación, caída sobre un objeto puntiagudo, frotes repetidos de los órganos genitales, desempeñan a veces el mismo papel. Diferentes afecciones locales, generalmente del orden de las dermatosis, han sido también recriminadas. Según **Epstein**, la masturbación es rara vez causa manifiesta de vulvovaginitis. Otro tanto ocurre con los cuerpos extraños de la vagina, los trastornos urinarios debidos a inflamación congénita del aparato génito-urinario.

La verdadera causa de la mayor parte de las vulvovaginitis infantiles es la blenorragia. A veces el contagio es directo: tal ocurre, por ejemplo, en algunos países en los cuales algunas niñas deben su vulvitis al prejuicio según el cual el toque de una vulva infantil por el pene hace cesar inmediatamente la gonorrea del hombre. Otras veces es con motivo de violación o de depravación cómo se contagian los órganos genitales externos de la niña. Finalmente, puede ocurrir que algunos toques accidentales sean causa de la vulvitis. De esta manera tiene lugar la infección de las niñas que duermen en la misma cama que las personas mayores afectas de blenorragia.

La vulvovaginitis de las recién nacidas reconoce también por causa un contagio directo. Al pasar la niña al nivel de la vagina materna, se contagia y nace con blenorragia, localizada unas veces en las conjuntivas, otras en la vulva, etc. Este modo de infección es frecuente, al decir de **Epstein.**

El transporte de pus blenorrágico de una mucosa a otra puede también ser causa de contagio. Pero todos estos hechos, en los que es fácil reconstituir la manera cómo la niña se ha infectado, son raros, y generalmente el contagio es indirecto. Es un hecho de observación diaria la transmisión del agente de la blenorragia por las esponjas y paños de que se sirve la madre afecta de leucorrea, o por las ropas de la cama. Finalmente, este mismo contagio explica también las epidemias de vulvovaginitis observadas en los hospitales.

Bacteriología.—El número de los gonococos es muy variable. En los casos recientes, con hipersecreción de la mucosa, es posible encontrarlos ya al hacer la primera preparación y comprobar que estos gonococos generalmente no van asociados a otros microbios. En cambio, en los casos crónicos, están asociados a otras formas bacterianas y figuran en pequeño número. Sus propiedades biológicas son las mismas que las de los gonococos de la uretritis del adulto; identidad establecida no solamente por la coloración, sino también por los cultivos. Inoculando **De Amicis**, a la uretra de un hombre adulto, el pus de una vulvovaginitis infantil, produjo una uretritis blenorrágica típica. **E. Martin**, ha repetido con éxito el mismo experimento.

Sintomatología.—En algunos casos ha sido posible determinar el período de incubación, que parece ser de tres a

cuatro días y que, por consiguiente, es más corto que en el adulto.

Entre los síntomas objetivos, el más importante es el **flujo.**

La vagina y la vulva segregan mucosidades blancas o amarilloverdosas, espesas y abundantes. Cuando la afección lleva ya algunos días de fecha, el flujo se hace más claro, seroso o mucoso. El pus segregado durante la fase aguda no tarda en secarse, formando sobre la vulva costras verdosas muy adherentes, que a veces unen entre si los grandes labios. Sobre la ropa el pus forma, al desecarse, manchas verdosas que, frotndolas, se disgregan en pequeños fragmentos. La cantidad de pus segregado varía según los casos, y en un mismo enfermo según las ocasiones. Algunas veces el flujo es muy abundante, observndose que todas las regiones próximas están sucias de pus; otras veces, y sobre todo en los casos crónicos, el pus es segregado en pequeña cantidad.

A veces se encuentra **sangre** mezclada con el pus, pudiendo existir en cantidad bastante regular para llegar a constituir una hemorragia. Hace ya bastante tiempo que **Henoch** describió las hemorragias vulvares en las niñas. Este autor ha descrito la formación de pequeños tumores de color rojo obscuro, fungosos, situados al nivel del orificio de la uretra. **Comby** hace observar la frecuencia de estas hemorragias en las vulvovaginitis blenorrágicas. En dos niñas que tuvo ocasión de examinar, el himen estaba intacto, y la sangre no venía de la vagina, sino de mamelones fungosos que rodeaban el orificio de la uretra. Ambas niñas estaban afectas de un flojo vaginal de orígen gonocócico.

En efecto, lo más general es que las hemorragias no procedan de la vagina ni del útero. La hemorragia es vulvar, superficial, y la sangre procede de los tumores fungosos que circunscriben el orificio de la uretra. Estos tumores son muy vasculares, sangrando al menor contacto hasta el punto de que en algunos casos han hecho pensar a los padres que la niña había sido víctima de un atentado criminal. Para convencerles de lo contrario, dice **Guillaumont**, basta examinar atentamente a la niña, y veremos que no existe traza de desgarre y que el himen está intacto; por el orificio vaginal no sale sangre. Estas hemorragias curan generalmente con facilidad, ya por medio de la cauterización de los mamelones, ya por la escisión en los casos de prolapso irreductible.

Durante mucho tiempo se creyó que la **vagina** era respetada: en realidad está siempre afecta por el proceso blenorrágico. Al través del orificio del himen sale un pus verdoso, que aumenta apretando sobre el periné. Si nos es posible examinar la vagina veremos que está roja, tumefacta, y aun a veces ulcerada.

La **uretritis** es también frecuente.

La vulva está inflamada, sobre todo en los casos agudos.

Los grandes labios, la mucosa del vestíbulo de la vagina y el himen, están congestionados y tumefactos. El orificio uretral forma prominencia a modo de rodete. Las mucosas próximas (anal, uretral, etcétera) participan también de la inflamación. En algunos casos las glándulas de Bartolino están también afectas, produciéndose una bartolinitis

supurada que solamente se cura con la intervención cruenta. En las formas atenuadas no se presentan estos fenómenos. Algunas veces la mucosa vulvar presenta solamente algunas manchas rojas. Cuando la blenorragia es ya antigua, el epitelio se adelgaza, tomando un aspecto especial. **(Epstein).**

Según **Cahenbrach,** constituye el síntoma esencial y la vaginitis está subordinada a él; opinión evagerada, al decir de **Epstein.** Sea de ello lo que se quiera, es frecuente observar la tumefacción del orificio uretral y el flujo purulento que tiene lugar al través de este orificio. En ocasiones, el cuello del útero toma también parte en el proceso.

La enfermedad presenta una **marcha esencialmente crónica,** cualesquiera que sean los cuidados que con ella se tengan. **Su tendencia a la recidiva** constituye también una de las características de la vulvovaginitis infantil, que puede compicarse con la conjuntivitis, con reumatismo, o también con crisis peritoneales parecidas a la apendicitis, que han conducido a algunos cirujanos a la operación. No debemos olvidar que estos casos curan espontáneamente o bajo la influencia de un tratamiento médico dirigido contra la enteritis **(Hutinel).** La existencia, considerada cada día como más frecuente, de metritis, piosalpingitis, cuyo origen remonta a la infancia y que dura aún en la edad adulta, explica el aforismo humorístico de **Naegerrath**: "No siempre dependen de la blenorragia del marido todas las desgracias conyugales, sino que algunas veces hay que recriminar la blenorragia del padre, olvidada ya."

El **diagnóstico** es facil, pero debemos recordar que la vulvovaginitis blenorrágica de las niñas, solamente por excepción **reconoce un origen sexual.** Generalmente la enfermedad es debida a un contagio accidental determinado por la negligencia de la madre o de una hermana mayor que, estando también infectadas, han limpiado a la niña con paño o esponjas que habían servido para ellas. Conforme dice **Epstein,** no debemos afirmar la posibilidad de la violación sino cuando se encuentren signos objetivos indudables u otras circunstancias lo suficientemente precisas; consideración que parece ignoran la mayor parte de médicos legistas.

El **pronóstico** es grave no solamente porque la enfermedad se complica a veces de metritis o reumatismo, sino también porque, conforme ya hemos dicho, la vulvitis tiene una marcha esencialmente crónica, constituyendo lo que los antiguos autores llamaban **crux et scandalum medicorum.** Tal es, por lo menos, la teoría clásica. Pero **Mettisohn,** ha expuesto, hace poco, una opinión completamente diferente. Este autor ha tenido ocasión de examinar, en el Hospital R. Virchow, de Berlín, a 172 niñas afectas de vulvitis. El exámen bacteriológico descubrió una infección gonocócica en más del 80 por 100 de casos. La mayoría de niñas procedían de los barrios pobres, y el contagio se explicaba, en la inmensa mayoría de casos, por la promiscuidad y la miseria. La infección estaba localizada casi siempre en la vulva y en la vagina; pero, al revés de lo que afirman muchos autores, el útero, los anexos y el peritoneo no estaban nunca afectos. En 6 casos las glándulas de Bartolino estaban inflama-

das, pero en ninguno de ellos se produjo la supuración franca. En 5 casos hubo invasión de las articulaciones y de las vainas tendinosas, por más que en todos ellos sobrevino la curación. La infección rectal no fué observada más que 5 veces. La duración de la afección casi siempre es larga. Las recidivas y el paso al estado crónico son frecuentes.

Mettisohn, ha podido observar, durante cierto tiempo, a algunas de estas niñas, el 75 por 100 de las cuales podían ser consideradas como curadas. Algunas parecen haber curado espontáneamente.

En varias de ellas la menstruación tuvo lugar normalmente. De modo que no cabe atribuir las lesiones anexiales capaces de producir la esterilidad a estas blenorragias precoces.

Tratamiento. — Al principio de la afección **Epstein** aconseja el reposo en cama, las compresas antiflogísticas, las torundas de algodón empapadas en agua blanca, las irrigaciones con una solución bórica, los baños de asiento fríos y astringentes. Más tarde practicaremos irrigaciones de la vulva con el irrigador y la sonda de Nelaton, o inyecciones con una jeringa provista de pico flexible. Es muy conveniente, para que estas operaciones tengan éxito, colocar a la niña en posición conveniente para que el líquido pueda penetrar fácilmente y bañar todas las partes de la mucosa. Como antisépticos emplearemos el nitrato de plata y el protargol al 1 por 100, el ictiol al 1 por 1,000, el agua oxigenada al tercio, el sublimado al 1 por 10,000, y especialmente el permanganato de potasa al 1/2 por 1000. Los primeros días se practicarán las irrigaciones cada veinticuatro horas; más tarde cada dos días. **Mattisohn** recomienda las compresas húmedas empapadas en una solución de acetato de alúmina al 3 por 100; los baños de asiento los supositarios con belladona cuando haya dolor; las inyecciones subcutáneas de plata coloidal cuando haya desaparecido el período agudo. El mismo autor proscribe los balsámicos como iactivos y capaces solamente de producir la inapetencia. Y, sin embargo, los hechos demuestran que en algunos casos pueden dar excelentes resultados.

En concepto de remedios generales, en los casos crónicos complicados con anemia, recomendaremos baños de mar, baños de barro, aguas ferruginosas. Combatiremos el estreñimiento, Prohibiremos los ejercicios violentos, los trabajos penosos, los largos paseos, las excursiones en bicicleta, el tennis, etc. Completaremos estas prescripciones con las precauciones profilácticas habituales.

IODURO DE POTASIO EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER

Mikhailoff, recomienda eficazmente el ioduro de potasio en el cáncer interno, preferentemente en la forma de inyección rectal (4gr. de ioduro de potasio; 2 gr. de carbonato de sodium y 80 o 100 Cc. de agua destilada). A esto añade como suplemento una solución al 1 % (de arseniato de soda) hipodérmicamente, cuya solución debe ser hecha con 0.25 por ciento de fenol. El ha encontrado que si la temperatura se eleva una o dos horas después de la inyección rectal de ioduro de potasio, entonces se

trata positivamente de un tumor maligno, (carcinoma o sarcoma). Si la temperatura permanece estacionaria o declina, entonces hay que excluir el cáncer, y la sífilis es probable. El ve en la acción del ioduro de potasio en éste respecto, una analogía con la tuberculina en la tuberculosis; y pretende que el carcinoma puede ser curado en ciertos períodos de ésta maligna enfermedad, con éste método de tratamiento. Revela la presencia del Cáncer, como la repuesta positiva de la prueba de la tuberculina en la tuberculosis, y un sistemático curso de tratamiento con dicho droga tiene una influencia curativa como la de la tuberculima en su caso.

El sostiene que el ioduro de potasio parece desplegar una afinidad especial por las células del cáncer en los tubos de ensayo, y la experiencia clínica indica que éste es el caso en el cuerpo humano. Para el diagnóstico diferencial, da la inyección rectal arriba descrita y la repite una hora o una hora y media después hasta un máximun de tres inyecciones; pero una es por lo general suficiente. La reacción temperatura se manifiesta en una o dos horas. El autor no da casos específicos, ni cifras; pero relata que después de un curso de tratamiento con ioduro de potasio y el suplemento por la inyección subcutánea al 1 % de solución de arseniato de soda, algunos de sus pacientes viven aún y a los cuales prominentes médicos les habían dicho años antes que padecían de cánceres internos inaccesibles. Todos sus pacientes así tratados eran casos inoperables, pues él siempre opera en los casos accesibles.

Del "Rusky Vrach"

LA VACUNO-TERAPIA EN LA PERTUSIS.

Bamberger nos dá estos datos en el "American Journal of Diseases of Children":

1o. El tratamiento parece mejor aminorar la severidad de la enfermedad y abortar las complicaciones, que acortar la duración marcadamente, pues tan solo dos de los casos de Bamberger duraron seis semanas.

2o. Que mientras más pronto se empiece el tratamiento, mejores serán los resultados.

3o. El usó menos vacuna que Graham. La dosis mínima de Graham era de 200,000,000 y su máxima de 300,000,000; mientras que su dósis mínima era de 100,000,000 y su máxima de 300,000,000. No obstante él aconseja dósis más grandes, por ejemplo, 500,000,000; y más frecuentemente, (cada día) porque él cree que así se puede acortar el curso de la enfermedad.

4o. El cree que este método de tratamiento de la pertusis merece que se sujete á prueba, pues es ciertamente inofensivo y podría probar ser de un gran valor.

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POR MEDIO DEL SUERO DE SANGRE PRECIPITADO.

Clowes y Busch escriben sobre este tema en el 'New York Médical Journal' y sus conclusiones son las siguientes:

1a. El suero de sangre es de valor considerable en el tratamiento de todas las formas de hemorragia debida á la baja coagubilidad de la sangre, resul-

te de una disminución del elemento fibrino plástico.

2a. El suero de sangre, precipitado por medio de una mixtura conveniente de acetona y de éter es totalmente tan efectivo como el suero fresco, si no superior á éste. El suero precipitado es soluble libremente y posee la ventaja sobre el suero fluído, de ser estéril, estar siempre á mano, y retener indefinidamente su capacidad para estimular la coagulación de la sangre.

3a. El producto obtenido del suero de caballo aparece ofrecer resultados más uniformente satisfatorios que los obtenidos del suero de otros animales y no ejerce efectos deletreos.

4a. La determinación de la rapidez con la que el suero y soluciones del suero precipitado en concentraciones comparables causa coagulación del plasma de la sangre, ofrece un medio simple de estimar la actividad relativa de las preparaciones en cuestsión, y consecuentemente de la titulación del suero precipitado para fines clínicos.

LA EMETINA EN LA DISENTERIA AMEBIANA.

Por el Dr. John M. Holt,
Cirujano del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos.

Traducido oor el Dr. José Lugo Viñas.

I

La disentería amebiana es, hoy por hoy, endémica en los Estados Unidos. Se ha extendido, y crecido en extremo en estos últimos diez años. Los informes mandados al Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública Federal, confirman la existencia de la disentería amebiana en numerosas localidades de la Unión.

Existe declarada en California, Oregón, Georgia, Arkansas, Indiana, Ohio, Massachusetts, Maryland, Pennsylvania, Michigan, Illinois, Carolina del Norte, Texas, Alabama, y New York, así como en Puerto Rico, Zona del Canal Panamericano, Hawaii, y en las Filipinas. Otros observadores señalan la presencia de dicha enfermedad en muchos y diferentes lugares. Dolencia de una índole pronta en trasmitirse, llevada por los alimentos y bebidas, y de la que sabemos se está extendiendo, es de particular interés para la Salud Pública.

Por informes tenido a la vista, y dados por 17 oficiales médicos del Servicio de Salud Púbblica de los EE. UU. acerca del uso de la emetina en la disentería amebiana se ve que en ninguno de dichos informes encuéntrase nada desfavorable a su empleo.

Antes no podía probarse de una manera permanente, la eficacia de los distintos tratamientos seguidos en gran número de casos. De la experiencia obtenida por varios observadores que habían hecho uso del microscopio para los exámenes de las materias fecales de enfermos mejorados por tratamientos médicos y para los informes que presentaban unas pretendidas curaciones, hacele dado el beneficio respetuoso de la duda. A los informes dados sobre tales curaciones, se les ha prestado una cuidadosa investigación, con el fin de señalar las definitivas relaciones habidas entre el tiempo transcurrido y la fre-

cuencia con que se llevaron a cabo el exámen microscopio de las materias fecales hechas después de haber cesado los síntomas clínicos. En muchos casos no dan los informes cuenta de haberse hecho los exámenes fecales. En otros, notanse que pocos fueron los exámenes hechos cubriendo un corto espacio de tiempo después de la aparente curación. En un pequeño por ciento de estos informes, se encuentran definitivas manifestaciones acerca de los exámenes miscroscopios de las materias fecales en un espacio considerable de tiempo, después de haber cesado el tratamiento médico.

En un largo percentaje de informes de varias formas de tratamiento, aparecen manifestaciones al efecto de que los síntomas han cesado en pocas semanas o en pocos meses y los casos dados de baja. ¿Qué ha sucedido después con estos casos? Prácticos q. han tratado muchos casos de disenterías amebianas comunmente obtienen una historia, q. algunas veces cubren diferentes años, de numerosos atacados en el período agudo vistos por muchos médicos de muchas partes del país, cuyos enfermos parecen "mejorados" hasta tanto no les sobreviene otra aguda recaída o recaídas. No es del todo fuera de razón el pensar que, desde el punto de vista de repetidas experiencias, algunos de estos tratamientos, con los cuales los enfermos se vieron aparentemente relevados de los síntomas clínicos, fueron dados de buena fé como ejemplo de la eficacia de este o aquel tratamiento.

La amebiasis tiende marcadamente a la cronicidad. El tratamiento debe ser anotado con el uso del microscopio. Muchos de estos enfermos son aves de paso, y cuando se encuentran mejorados o aliviados después de una aguda exarcebación, se les pierde de vista y los examenes microscopios de las materias fecales se hace imposible verificarlos.

Tengo nueve casos de los que debo informar en los cuales la emetina fué usada, seis bajo mi personal observación y tres observados por oficiales médicos del Servicio Público Federal. En mis casos, los resultados han sido favorables y creo que en la emetina tenemos nuestra más poderosa arma en la lucha para dominar la amebiasis.

Se hicieron exámenes microscópicos antes y después de cada inyección, como regla semanalmente después de haber cesado las inyecciones. A todos se les requirió hacer lo mismo. Un caso quedó bajo observación por cuatro meses. El período más largo desde la primera inyección fué la de un año en su caso. Los efectos clínicos son brillantes y halagadores, pero la ameba aún persistía en las deposiciones después de que habían desaparecido todos los síntomas clínicos.

No he visto un caso en el cual la ameba no pudiera comprobarse después del tratamiento. Habrá una marcada disminución en el número relativo de amebas después del rtatamiento, la mayor parte de los cuales eran nomotiles.

Aunque la emetina pueda dar un buen resultado clínico, el enfermo es una constante amenaza para sus familiares y para si mismo. No debe darse de alta como curado, creyéndose a si mismo inofensivo. Como "portador" de la ameba es más o menos una ame-

naza, que puede compararse a un "portador" de la tifoidea. Vedder, escribe..... es imposible decir en los momentos actuales que los enfermos tratados por la emetina permanentemente estén curados, sin embargo hay seguridad de que se obtengan permanentes curaciones con la emetina. Bopter, dice: La emetina no evita las recaídas. De 46 casos, 10 han tenido recaídas 2 casos en 30 días, 3 después de tres meses, 5 después de 4 o meses. Estos han respondido facilmente a un segundo tratamiento de la emetina.

El que escribe ha tenido un caso de recaída en 6.

Para los que aún quedan con la ameba, es una buena práctica el ponerles una inyección de emetina una vez al mes o cada dos meses después de haberse dominado el período agudo. Lo que creo debe tenerse siempre en cuenta es que después de haberse administrado la emetina en un caso de amebiasis, dicho caso no debe darse como terminado, ni dejarlo sin la atención debida.

En virtud de la corriente aceptación de que la emetina administrada por la vía hipodérmica o intravenosa llega a la ameba solamente en el canal intestinal, el que escribe propone la administración interna de píldoras de emetina cubiertas de una capa de salol dadas al mismo tiempo que se ponen las inyecciones, llevándose por lo tanto el agente ofensor por las dos vías, el canal intestinal y la corriente sanguínea.

En lo tocante a dosis, la cantidad comunmente recomendada de 0, 02 grms. (1|3 de gramo) algunas veces se encontrará ineficaz. El autor prefiere empezar con 0,03 grms. (½grano) por la vía hipodérmica, 3 veces al día si es necesario, e irla aumentando hasta que el enfermo reciba 0.18 o 0.24 grs. (3 o 4 granos) en las 24 horas, dependiendo de la severidad del caso y las condiciones individuales del enfermo. El que escribe ha observado un marcado decrecimiento en la cantidad de orina emitida durante la administración de la emetina, circunstancia que no ha visto señalada por otros autores.

Sin más objeto que el de dar a conocer el incidente, por referirse a un personaje tan conocido en el mundo científico, traducimos el siguiente relato en el cual figura prominentemente el Dr. Metchnikoff.

COMO EL FAMOSO METCHNIKOFF CONTESTO A LAS SUFRAGISTAS.

El hecho ocurrió en el Congreso de Naturalistas de Petrogrado.

Elie Metchnikoff había estado hablando hora y media a una audiencia compuesta en su mayor parte de mujeres Doctoras en medicina unas, otras en filosofía, en psicología, y otras en biología. A la terminación del acto todas ellas se acercaron a él con amistoso entusiasmo y todas casi a una vez exclamaron: "Profesor, cuál es su opinión acerca del movimiento feminista?"

El profesor miró gravemente aquellas caras que expectantes le rodeaban, suspiró y se volvió para marcharse.

"Pero, profesor, nosotras insistimos en que Vd. nos conteste," dijeron, mirándose maliciosamente unas a otras.

"Pero, mis queridas señoras," pro-

testó él, "Vds. saben que yo no soy político. Yo.. "

"Sí, sí," interrumpieron ellas, "pero Vd. debe decirnos algo. Nosotras queremos su opinión personal."

"Muy bien, queridas señoras," dijo él dulcemente, "**Je suis chevalier,**" obedezco pero bajo una condición," aquí su voz se hizo más fuerte, "y ella es, la de que bajo ningún concepto me interrumpáis." Ahora, he aquí mi idea:" Entiendo que vosotras os quejáis de que el hombre ha excluído a la mujer, por medios anitinaturales, de toda participación en los trabajos intelectuales superiores, atrofiando de ése modo su mente, embotando sus capacidades y estancando sus talentos. Vdes. remediarán este estado de cosas obteniendo los mismos derechos políticos que el hombre. Entonces, afirman Vdes., no solamente se desarrollarán vuestras adormecidas facultades, sino que os igualaríais y hasta posiblemente, sobrepujaríais a vuestro eterno esclavizador,—el hombre.

Pero, ¿es que realmente necesitáis de dicha igualdad política para obtener esa supremacía? ¿La ha necesitado jamás el hombre más infeliz? Su igualdad política ha venido como un efecto, nó como causa de su desarrollo intelectual. La mente que domina en el mundo artístico y en el científico, llega finalmente a la supremacía política.

Pero, ¿qué arte o ciencia ha tenido cerrado el hombre a Vdes.? Vosotras estáis aquí; más en verdad, señoras, me ha sido imposible descubrir entre Vdes. un Bichat, un Louis, un Jenner o un Pasteur. ¿Por ventura se os ha obstaculizado en vuestras carreras más que á cualquier otro individuo del sexo masculino?

Tomemos ahora las artes. ¿Existe algún hombre—amo tan desnaturalizado—que haya impedido a al mujer—esclava—expresar sus sentimientos en música? Pero, ¿dónde están vuestros Bethovens, vuestros Waggners, vuestros Brahms? Os suplico, queridas señoras, me lo digáis, si recordáis alguna.

Hizo Metchnikoff una pausa, sonrió mientras sus auditoras cuchicheaban unas con otras. Luego continuó: "Qué amo brutal de esclavas ha prohibido a las mujeres en alguna época el embellecer la tela con tintes apropiados y líneas representando escenas de la vida o de la naturaleza? Tanto como en música, el hombre ha animado a las mujeres a hacer éstas cosas, y sin embargo, ¿dónde están vuestros Rafaeles, dónde vuestros Leonardos, dónde vuestros Rubens? ¿Hásele prohibido a la mujer moldear, esculpir o dibujar? Sin embargo, ¿dónde están vuestros Fidias, dónde vuestros Miguel Angel, dónde vuestros Cellini? Habéis oido alguna vez hablar de una mujer arquitecto de una gran Catedral?

El efecto de estas palabras fué extraordinario Las mujeres se encontraron abatidas, nerviosas, hasta que una de ellas con más valor se atrevió a decir: "A casa."

Fué entonces cuando Metchnikoff empezó con su voz dulce y cariñosa a llevar la guerra dentro del campo enemigo.

"Sí, replicó, la casa y la maternidad," y ni aún la más radical entre Vds. se atrevería a sostener que el hombre ha tratado jamás de coartar en

vuestro dominio vuestra absoluta y completa libertad. No obstante, ¿no es el hombre, vuestro esclavizador, quien os ha enseñado economía doméstica? ¿No habéis aprendido del hombre a saber cuidar a vuestros hijos en sus enfermedades y a entretenerlos cuando están en salud? ¿Quién descubrió las leyes de higiene doméstica? Fué una mujer?

Más, aún, mis queridas damas, ¿os ha excluído jamás el hombre de la cocina? "No," diréis, sino que por el contrario hemos sido esclavizadas en ella. "Cocinas para alimentar al bruto" ois contínuamente en vuestros oídos. Parece razonable suponer, que la mujer haya llegado al más alto grado de perfección en éstas esferas. ¿Y cuál es el resultado actual? Oh mis queridas señoras, debo confesarlo; siempre que yo deseo tener una buena comida, tengo que procurarme un hombre, un buen "**chef**" para obtenerla."

Al oir ésto las damas doctoras en medicina, fisiología, psicología y biología, fueron escurriéndose bonitamente afuera y dejaron solo a Metchnikoff.

El Tratamiento de la Infección Gonocócica por el Filacógeno.

Tallarico contribuye con un artículo en el "Journal Médicale de Bruxelles," de Junio de 1914, sobre este asunto. Después de señalar las bien sabidas teorías del uso del filacógeno, él muestra que el Greco de Milán, publicó primero un artículo muy interesante en el cual recordaba los resultados maravillosos, que había obtenido por el uso del filacógeno en el reumatismo en ocho casos severos de reumatismo poliarticular. El empleo del filacógeno por Tallarico ha sido limitado en su uso a las infecciones gonocócicas. Así, en un mujer de 28 años que sufría de gonorrea, y que había sido tratada por las medidas ordinarias para esta enfermedad, se desarrolló en ella una complicación de artritis con fiebre marcada. Aplicaciones calientes y otras formas de tratamiento local fueron inútiles. El 10 de Marzo la inyectó 0.25 Cc. de filacógeno gonocócico intravenosamente, con el resultado de producirle un alza de la temperatura y del pulso, pero ningún sudor ni enfriamiento. Al día siguiente, como no había mejoría material, inyectó 1 Cc. El 12 de Marzo la hinchazón alrededor de las coyunturas persistía, aunque no había aumentado. El dolor había disminuído, y era posible tocar éstas sin producir gran dolor. Al inyectársele 2 Cc. hubo una reacción caracterizada por un ligero aceleramiento del pulso y alza de la temperatura. Al día que siguió á éste, se la dieron 4 Cc., con resultado de que la reacción fué más pronunciada. Cinco días después de la primer inyección la paciente podía doblar y extender las coyunturas en cuestión sin dolor, habiéndosele disminuído considerablemente la hinchazón y la inflamación; la temperatura y el pulso estaban aproximadamente, normaels y la paciente pasó una noche descansada. Al sexto día el "record" mostraba que los síntomas generales y condiciones locales se habían mejorado bastante. Sin embargo, Tallarico administró otra dósis de 3 Cc. Siete días después de la primera inyección, aunque la paciente continuaba todavía mejorando, él le dió 4 Cc., yal octavo día

otra dosis de la misma cantidad, sin producir reacción alguna. Diez días después de la primera dosis la hinchazón había desaparecido y la paciente podía andar sin ninguna dificultad; sin embargo, se le administró una dosis de 5 Cc. hipodérmicamente sin que produjera reacción. Tres semanas después de haber dado la primera dosis la paciente estaba completamente bien. Después de recibir, además de las dosis ya mencionadas, dos inyecciones hipodérmicas de 5 Cc., no tan sólo no habían lesiones de las conyunturas, sino que la vaginitis gonocócica había también desaparecido enteramente.

ESTENOSIS HIPERTROFICA EN EL ADULTO

Por el Dr. Henri Hartmann,
Prof. en la Facultad de Medicina de París.

El caso de estenosis pilórica que pasó a mencionar aquí es digno de interés, con motivo de su tipo, el que hasta ahora ha sido casi exclusivamente observado en el niño de pecho: quiero hablar de la estenosis pilórica.

Se trata de un hombre que nunca había padecido del estómago hasta la edad de 57 años; entonces fué cuando empezó a tener digestiones difíciles y a perder el apetito. Los trastornos volviéronse cada vez más graves y a los 18 meses de la aparición de las primeras manifestaciones de la enfermedad, vino el enfermo a consultarme. Estaba entonces muy flaco y debilitado; vomitaba todo cuanto tomaba y presentaba todos los signos clásicos de una estenosis pilórica. El quimismo gástrico estaba poco modificado. Había una ligera hipopepsia.

Prácticamos una pilorectomía con implantación duodenogástrica.

El exámen de la pieza anatómica es muy interesante:

No hay infarto ganglionar; el píloro se presenta empesó exteriormente, duro, en forma de barrililo. Examinado por vía del duodeno, tiene la forma de un pequeño orificio dando apenas paso a una pequeña varilla de vidrio y cercado de una pequeña hinchazón salien- en la cavidad intestinal. El microscopio no muestra ningún vestigio de neoplasma. El músculo pilórico y la submucosa aparecen espesos y esclerosos. El aspecto macroscópico recuerda perfectamente el aspecto descrito en la estenosis hipertrófica del niño de pecho. El único punto particular es el siguiente: al nivel de la mucosa se encuentra una delgada zona cicatricial, reliquia probable de una antigua ulceración que fué al mismo tiempo el origen del proceso inflamatorio esclerohipertrófico de la región pilórica.

"Gazzette Médicale de París."

LA ADRENO-PITUITRINA-TERAPIA

P. Rohmer (Munchener Med. Wochenschrift" de Junio de 1914) informa que en la Clínica de la Universidad de Marburg han estado usando una combinación de adrenanila y pituitrina con los resultados más satisfactorios, en condiciones agudas, tales como la neumonía, la difteria y la fiebre tifoidea; y de su experiencia ellos se sienten justificados al recomendar los extractos

pituitarios, hasta la fecha usados extensamente en los casos obstétricos, en combinación con la adrenalina en las enfermedades agudas del sistema circulatorio.

Como es bien sabido, una objeción sería para el uso de la adrenalina por sí misma, especialmente su aplicación intravenosa, es; que el aumento de la presión sanguínea producido es tan sólo temporal; pues pronto es seguido de una caída, algunas veces amenazante, por debajo, de la cifra original. La inyección subcutánea, por otra parte, no es satisfactoria, pues tarda varias horas para entrar en la circulación, una sola pequeña parte de la sustancia; como el 94% se queda en el sitio de la inyección lo que explica las frecuentes y repetidas dosis que se pueden administrar impunemente.

La experimentación en los animales ha enseñado que la acción de las inyecciones intravenosas de adrenalina precedidas o combinadas con el extracto pituatario han sido influenciadas muy favorablemente. Kepinow fué el primero en demostrar la diferencia en la acción de estas dos sustancias.

Como resultado de los estudios de Kepinow Matthes fué inducido a usar el tratamiento combinado a la cabecera del paciente, con resultados satisfactorios. El autor también lo ha estado usando en los últimos meses en niños de todas las edades, y pudo demostrar su eficiencia en los disturbios circulatorios severos, tales como la neumonía, la difteria y la fiebre tifoidea. Las dosis administradas a niños pequeños fué de 0.25 Cc. de una 1: 1000 de la preparación pituitaria, combinada con 0.5 Cc. de una 1: 1000 solución de adrenalina. La dosis puede doblarse sin peligro para niños mayores, y puede usarse cualquiera de las preparaciones comerciales.

Un estudio comparativo de la acción de varias preparaciones hecho a la cabecera del enfermo no es tan fácil. Los resultados de que se tiene noticia varían de 2 a 6 horas con respecto a la duración de la adrenalina—es decir: en la que se necesita una segunda dósis—siendo la variación además complicada por la idiosincrasia del individuo. Lo mismo puede decirse con respecto a las dos sustancias combinadas. El hecho de que en estas serias enfermedades uno no está inclinado a renunciar el uso de otras medidas terapéuticas, previene hacer una estimación exacta de la acción de la adrenalina, y representa otra dificultad de una ya de por sí situación difícil.

Con bastante frecuencia el autor administraba las drogas combinadas (dósis como las de arriba) a intérvalos de 6 horas, suplementándolas con una inyección de alcanfor o de cafeína durante el intérvalo. Los resultados fueron buenos en más de lo que podía esperarse en casos desesperados de neumonía, y particularmente en un caso de difteria. En éste, una cesaria temporal de adrenalina-pituitrina, y la retención de otro tratamiento produjo una crisis grave, que desapareció pronto con la renovación de la organo-terapia. En un caso de neumonía en un niño de 18 meses el alcanfor falló por completo en dar resultados; de manera que la medicación se limitó a la adrenalina y a la pituitrina Durante un colapso se-

vero de la presión sanguínea, que, antes de la inyección fluctuaba, se mantenía en 60 con un pulso de 200, aumentó a 80 en dos minutos, hasta 90 en los dos minutos siguientes; y en otros 15 minutos bajo a 85, quedándose alrededor de 80 durante las 5 horas siguientes—hasta la otra inyección,—con mejoría contínua en la condición general. La vigilancia cuidadosa del pulso y de la presión sanguínea en éste caso demostró que la duración de la acción combinada de la adrenalina y la pituitrina es cerca de 6 o 7 horas.

Se espera que esta breve comunicación pueda servir como modelo para el uso de esta terapia combinada."

La Supresión de las Convulsiones en la Eclampasia.

En "THE LANCET" de Diciembre, 1912, Wallace discute éste tema importante. Recuerda el hecho de que en Diciembre, 1910, Leith Murray leyó un trabajo sobre eclampasia puerperal, en el cual hizo la sugestión que como las inyecciones intraraquidianas de soluciones de sulfato de magnesia habían probado ser útiles en el tétanos también podrían serlo en la eclampasia. Esta sugestión tan valiosa no ha sido reconocida en lo q. vale, pues los resultados en el tratamiento del tétanos han sido por último alentadores. Crandon informa que de 206 casos de tétanos post-operatorio recogidos por varios autores, la gran mayoría fueron fatales, mientras tanto que en un artículo en la "Therapeutic Gazzette," Fox colecciona quince casos agudos de tétanos tratados por inyecciones intraraquidianas de sulfato de magnesia en la que demuestra que el 50% mejoraron hasta su curación.

En el caso de Blake las inyecciones dominaron las convulsiones por períodos que variaban de 29 a 37 horas. Blake considera que el uso del sulfato de magnesia es razonablemente seguro, y que ofrece un medio de moderar las convulsiones y aliviar el dolor en una forma a que ninguna otra droga ha llegado. "Cuando se inyecta en el espacio subdural de la región lumbal la droga produce parálisis, ambas de moción y de sensación; primero en las extremidades inferiores, y luego en las superiores." En algunos de los casos de la lista de Fox, se necesitó más de una inyección y se dieron más de ocho en dos ocasiones. Debe tenerse cuidado en su administración, pues una dósis muy grande puede llevar a un fin fatal causando parálisis del centro respiratorio; y desde luego la administración subcutánea o intravenosa está probado que es insegura.

Recientemente, mientras cumplía un término de guardia en un Hospital de Maternidad, Wallace sostenía una conversación con el Dr. Murray acerca de éste asunto, y se le presentó la ocasión de probar el tratamiento en los dos casos que ahora vamos a relatar. Se empleó la solución usual de 25% de sulfato de magnesia después de la esterilización. La dósis fué regulada por el peso del cuerpo del paciente; 1 Cc. por cada 25 libras de su peso. Es prácticamente imposible pesar a los pacientes eclampáticos, y una estimación aproximada del peso tuvo que hacerse por la altura y el volúmen. Se introdujo la

aguja en la línea media entre la tercera y cuarta espina lumbar.

Es imposible sacar conclusiones de dos casos, más él llama al atención hacia dos puntos: 1) En cada caso, después de la inyección, sobrevino un intérvalo sin convulsiones. En el caso 1, siete recurrencias de espasmos ocurrieron durante las siete horas y media que precedieron a la inycción, ninguna durante las siete horas subsecuentes. En el caso 2, seis de éstos espasmos precedieron a la inyección (tres de los cuales fueron severos), mientras que no ocurrió ninguno durante las 4 horas siguientes. El anestésico usado puede que contribuyera a éste descansó, pero no podría atribuirsele el segundo intérvalo de 4 y media horas después de la inyección. 2) El caso 1 era un caso corriente de eclampasia; la paciente probabelmente habría recobrado su salud en cualquier caso y el niño hubiera nacido vivo. Por lo contrario, el caso 2 era severo y la mejoría era dudosa. Wallace está seguro de que si no hubiera sido por los dos intérvalos de 4 y media horas respectivamente, el niño hubiera nacido muerto. Ahora lo que se requiere es la prueba de que hay conección directa entre las inyecciones intraraquidianas y la calma del descanso posterior, y tan solo una experiencia larga podría comprobar este asunto.

Murphy ha usado inyecciones intra raquidianas de morfina y eucaína en el tétanos con buenos resultados; y es posible q. estas sean útiles en al eclampasia también. La dósis usada era pequeña en extremo, (1|75 gr. de morfina, y 3|50 gr. de eucaína), de manera que el peligro de añadir más venenos a una sangre ya sobrecargada con ellos fuera bastante insignificante. Wallace repite otra vez que un tratamiento de esta especie es puramente sintomático; pero si éste tan solo disminuye la intensidad y el número de las convulsiones, la fuerza del paciente se conservà de esta manera, el daño visceral se disminuye al mismo tiempo que se dá tiempo para el tratamiento de la enfermedad en sí misma.''

El Pato como un destructor de Insectos.

Corroborando el interesante informe del Dr. Dixon titulado ''El Pato como un destructor contra la Malaria y la Fiebre Amarilla, he estado observando el alimento del pato silvestre durante los últimos tres años, y he hallado que los mosquitos y sus larvas son prontamente devorados por los patos. Tengo ocho variedades bajo observación y noto que los mejores destructores de insectos son los bellos patos silvestres (Aix sponsa), los verde alados, ceresta (Nettion carolimensis). Estos patos son más pequeños que los lavancos (Anas platyrchinches) y su alimentación, más insectívora. El pato silvestre está casi extinto menos en cautividad. Es el más bello de toda la familia de los patos; por lo tanto, la introducción de este pato serviría para perpetuar su clase y también sería usado para destruir la perjudicial vida de los insectos acuáticos.

William C. Herman, M. D., Instructor en Farmacología del Colegio Médico de la Universidad de Cincinatti, Ohio.

El Carácter de Lister.

Traducido por el Dr. Juan S. Morales.

En medio de sus triunfos, Lister conservó, libres de vanidad, las nobles cualidades de carácter que eran suyas propias. Fué siempre firme, caballeroso y cortés. Probatorias como son las responsabilidades de un puesto quirúrgico de importancia, nunca se oyó a Lister dirigir una palabra dura a los cirujanos subalternos en el Hospital, a ayudantes o a alguno otro en el servicio. Su espíritu científico y descubrimientos atrajo la curiosidad de estudiantes y jóvenes graduados de Edinburgo; su nobleza personal ganó sus corazones y obtenía la lealtad de ellos inspirándoles entusiasmo y alentándoles. Uno de sus discípulos escribía, "muchas veces, en medio de una dificultosa operación, una leve sonrisa que nos prodigara, cuando nos esforzábamos en hacer lo mejor posible, nos daba mucho ánimo." Muchos de sus estudiantes confesaron qus su contacto con Lister constituía la mejor y más pura influencia en sus vidas.

G. T. Wrench, en "Lord Lister, His Life and Work."

CAUSAS DE LA LOCURA

F. W. Mott, observa que el descubrimiento de los espiroquetes en 12, de 70 cerebros de personas que padecían parálisis general, han disipado toda duda acerca de ser la sífilis la causa esencial de ésta enfermedad. Del total de admisiones anuales en los Asilos del Condado de Londres, el 10 % son de parálisis general. Las principales causas de deficiencia mental pueden resumirse en el hecho de que, en lo que respecta a las funciones del órgano del pensamiento "lo semejante tiende a ejendrar lo semejante". Niños defectivamente mentales, y particularmente si ocurre más de uno en la familia, son generalmente el producto de padres que son imbéciles o tienen un bajo grado de mentalidad. Las causas de la psicosis o verdaderas insanias, de las cuales no nos es posible dar explicación adecuada por la existencia de cambios morfológicos en el el cerebro, caen en dos grupos (1). El tóxico y (2) el degenerativo (neuropático); pero ambas condiciones están más a menudo combinadas que aisladas. Las causas tóxicas son (a) exógenas, y (b) endógenas. La verdadera psicosis característica alcohólica considerada por Kraepelin como delirium tremens, no es una clase de casos común en los Asilos, aunque el alcohilismo juega una parte importante en el grupo de los degenerados. La herencia neuropática y los desórdenes en las funciones de las glándulas sexuales, tienen un papel dominante en la causa de las verdaderas manías. Existe una á manera de correlación entre la edad en que principia la locura y los periódos de la vida sexual. Es un hecho interesante que en ciertos tipos de locura, especialmente en el de la demencia primaria de la adolescencia, ocurra casi simpre en las jóvenes una gran disminución de huevos, signos de ausencia de maduración de los mismos, y marcada fibrosis glandular. El autor considera ésto además como una evidencia de la anticipación, por la cual los hi-

jos de padres locos son afectados a una edad más temprana que los padres, y en una forma más intensa. Las condiciones sociales modernas tienenden a reperimir o suprimir la gratificación natural fisiológica de la pasión sexual, especialmente en la mujer. Su supresión es una de las causas de locura, con especialidad en sujetos con taraneuropática; porque tiende á la depresión mental contínua, y al desarrollo de una ansio-neurosis que a su vez conduce al desorden de las funciones vitales y a disturbios en las relaciones biológicas del organismo en totalidad, causando la autointoxicación. Así, pues, puede establecerse un círculo vicioso por la interacción de una mente desordenada y de un organismo desordenado. La demencia precoz es evidencia, en muchos casos, de una tara neuropática ancestral. Hasta el tiempo de la pubertad la mayoría de los pacientes afectados de demencia precoz han sido inteligentes y personas que prometían. No existe una debilidad mental congénita, sino un defecto germinal, posiblemente de durabilidad de las glándulas sexuales, que tiene una influencia extrema en la función del cerebro, causando primero desórden mental y finalmente la demencia.

"**The Lancet.**"

EL PACIENTE.

Durante muchos años he insistido, y ahora, después de la friolera de cuarenta de práctica médica, todavía insisto en la necesidad de estudiar no sólo la enfermedad, sino al enfermo también.

Uno de mis más venerados maestros, personaje excelso en Medicina ahora, Sir James Goodhardt, comparativamente joven cuando me senté a sus pies, ha declarado hace pocos meses en **La Lanceta**, de Londres, que hoy como nunca á pesar de todas las amonestaciones, dedicamos más estudio a la enfermedad que al infortunado que es sujeto del diagnóstico. Siendo tal el caso, significa que hay por lo menos una pérdida de equilibrio entre nuestros colegas, y el resultado en nuestra clientela, prueba inexorablemente que esa falta de balance en la atención que consagramos a la enfermedad y al enfermo, influye materialmente en las consecuencias de restablecimiento o de muerte. Hoy como nunca, el médico a la moda, para su diagnóstico, pronóstico, y, más que todo, para su tratamiento, depende de la instrumentación científica. Para que lo consideren Alguien, como clínico, debe rodearse de microscopios, sphymomanómetros, urinómetros, haemocytómetros, manómetros, (Riva-Rocca si fuere posible), por poco capaz que sea de usar todos o alguno de esos armamentos: el vulgo siempre ávido de ser engañado, como desde en los tiempos de Cicerón, pide estas exbiciones, sin preocuparse de averiguar si el facultativo sabe o no manejar tales aparatos.

Pero más de una vez, en mi larga experiencia he descubierto que es tontería remar contra la corriente. Leche cocida, leche esterilizada, ha sido una constante pesadilla en mi práctica: he predicado siempre, el uso de la leche cruda de **vaca sana** para alimento de los niños, pero en vano. La leche cocida, es leche muerta, que sólo retiene

las sales de cal en solución, que no nutren. Hasta que al fin, después de veinte años de vagar en el desierto, unas voces autorizadas se levantan exclamando: "Alimentar a los niños con leche esterilizada es un crimen!". Algo es haber vivido lo suficiente para ver reentronizado el Sentido Común!

Qué triste es también ver las piruetas que algunos de nuestros colegas despliegan en los casos de parto! No se detienen a observar que no toda parturienta es forzosamente sucia en su persona y en lo que le rodea. La mayoría de nosotros (y nuestros padres antes que nosotros), nacimos sin ropas de cama autoclaveadas, y ni nuestras madres ni nuestras abuelas tuvieron sus partes genitales afeitadas y estropajeadas como convictas leprosas. Esta práctica de Hospital de Maternidad es muy buena en el Hospital de Maternidad; pero el introducirla en la práctica privada prueba que se ha perdido de vista completamente al **enfermo**, y que no se ha hecho más que seguir la rutina, sin tomar en cuenta las circunstancias. Pasará esta fantasía pero seguramente vendrán otras.

Cuando empecé a escribir estas notas tenía en la mente las inconfundibles líneas que deben separar a los individuos clasificados como sanos o enfermos, separación que salta a la vista, cuando tomamos en cuenta como debemos, su juventud o su vejez, o la atmósfera que los rodea.

Por supuesto en los exámenes para Seguros de Vida o para los nombramientos en el servicio civil, debe de ser anotado cualquier indicio de trastorno en la maquinaria interior y el aspirante rechazado; no así en la práctica privada. No hay maquinaria más complicada qeu la humana y me aventuro a asegurar que ninguna persona marcha de la cuna a la tumba sin sufrir crujidos de cuando en vez. Supongamos que en ese momento fisio-patológico llega el caso a vuestras manos y encontráis la orina cargada de ácido úrico ó fosfatos, o encontráis huella de albúmina o quizá de azúcar, temo que en libro de notas y en la mente de muchos de mis colegas el sujeto queda condenado. Sé de lo que hablo porque también fuí joven y puedo aún recordar los casos en que cometí iguales equivocaciones; y nunca repetiremos lo bastante que **aprendemos o deberíamos aprender** más con nuestros fracasos que con nuestros triunfos.

Treinta años hace, un joven atleta que se preparaba para unas regatas, vino a mí quejándose de palpitaciones cardiacas. Al examinarlo encontré una marcada insuficiencia mitral e inmediatamente le ordené reposo y suspensión de toda actividad para el resto de su vida, consejo que no fué aceptado: remó, y su bote ganó el premio. Pocas semanás después lo reexaminé y encontré que la insuficiencia mitral había desaparecido· sólo había existido un relajamiento muscular, producto del esfuerzo, para lo que mi prescripción era excelente, salvo en la extensión de tiempo.

Hace menos de veinte años asistí a un joven alemán, recién llegado a este país y encontré que sufría de reumatismo y de malaria juntamente. Tenía un murmullo sistólico mitral y como su sindrome cardíaco demostraba que era

uno de esos congénitamente deficientes, con circulación aórtica, dí un pronóstico lúgubre. Hoy, (2 de junio de 1914), lo he examinado para un Seguro de Vida y he observado que (con excepción de la estigmata congénita), su corazón se encontraba normal.

Hace algunos años fuí llamado para asistir a un Cirujano Mayor del Ejército inglés, quien, después de una reñida apuesta de Tenis, sufrió un colapso completo. Tenía un murmullo pronunciado de regurgitación mitral, y, al saberlo, decidió que enviaría sus papeles, pidiendo su retiro. Le aconsejé que no lo hiciera, y, últimamente, 30 años después, he leído de su jubilación como Cirujano General, con una pensión de $2,500.00 oro anuales para el resto de su vida. Si hubiera seguido su primer impulso se habría retirado como inválido, con la mitad o menos de esa pensión.

Más todavía, he encontrado niños de 6 años que tenían **insuficiencia aórtica,** la más temida de todas las perturbaciones cardíacas, y por lo menos sé de uno que ha sobrevivido 40 años llevando una vida activa como médico que practica su profesión, y ésto por más de veinte años, y se siente hoy tan listo como nunca. Supongo que tiene todavía el murmullo reemplazando el segundo sonido aórtico; pero, mientras, ha vivido trabajando y procreado una familia respetable, cuando según nuestras Casandras ha tiempo debiera estar muerto.

Continuamente recibo pacientes jóvenes, en la primavera de la vida, diagnosticados nefríticos, pero que tienen los riñones sanos. Qué ha ocurrido? Algún inexperto ha tomado un poco de orina en una probeta y le ha mezclado algunas gotas de **ácido acético puro,** vió una nube, lo que fué suficiente para diagnosticar "Albuminuria," cuando no era más que "Globulinuria," algo que sólo significa un crujido accidental y temporal de la maquinaria renal: Aun en la juventud y la adolescencia **de los hombres,** una huella de albúmina en la orina no significa nefritis. Después de un **desastre fisiológico,** la orina puede contener albúmina y después de un torrente de ácido úrico o de fosfatos. puede también existir albúmina. Hace apenas pocos días en uno de los renombrados miembros de nuestra profesión aquí encontré la orina escasa (apenas 100 gramos), con una densidad de 1,028, cargada de uratos, etc. y con una apreciable cantidad de albúmina. Después de tratarlo con Piperazina y diuréticos por tres días, la orina (3|4 de litro per diem) tenía una gravedad específica de 1,020, **sin albúmina:** había logrado un restablecimiento completo. No es natural que cuando esos irritantes ocupan y obstruyen los túbulos uriníferos se encuentre albúmina? (No la encontramos en el suero del cáustico?).

Por otra parte, cuántas Glicosurias son diagnosticadas Diábetes y los que las padecen condenados a sufrir la eliminación de toda fécula, harina y azúcar? cuando la presencia del contenido sacarino en la orina sólo significa un posible desarreglo de la maquinaria (en este caso hepática). No se ha tomado previamente en cuenta lo que se ha introducido sino sólo lo que ha salido!

En resumen: Como Néstor, aconsejaría especialmente a mis colegas jóvenes, **la consideración cuidadosa del paciente y lo que le rodea,** antes de condenar, por ejemplo, un caso de insuficiencia mitral, a una inercia de toda la vida: a reconocer que no todos los jóvenes que tienen albúmina en la orina son neceasriamente nefríticos y a que en casos de **orina dulce** examinen cuatro muestras distintas de orina en un mismo día, antes de pronunciar una Glicosuria como Diábetes, especialmente si el paciente es joven. Si los repetidos exámenes dan el mismo desfavorable resultado, entonces podrán estar seguros del diagnóstico, y si la albuminuria está acompañada por el azúcar su pronóstico tiene que ser **muy grave**. En un hombre de edad madura un **poquito de azúcar,** no significa que debe apresurarse a comprar su lote en el Cementerio: Estos casos duran largo.

Estudiad vuestro paciente y lo que le rodea, tanto como la enfermedad de que sufre.

J. H. Arton, M. D.

"Revista Médica."

CLINICAS Y CONFERENCIAS

Dr. Fortesme Brickdale.

Causas y tratamientos de la hiperclorhidria.

Divide este tratamiento en dietético y farmacológico.

Los casos graves exigen la dieta láctea modificada con la albúmina del huevo y la crema, a la que se agregan gradualmente los hidratos de carbono predigeridos. Muchos de estos casos, según las ideas modernas, son en realidad de úlcera o de alguna otra lesión orgánica, y por lo tanto, para que el tratamiento sea eficaz hay que averiguar y suprimir la causa de la hiperclorhídria.

En los casos menos graves conviene saber si deben suprimirse de la alimentación los hidratos de carbono y las proteinas. Meyer ha demostrado que en el hombre sano con acidez gástrica elevada no influyen lo más mínimo sobre el grado de acidez total la alimentación compuesta exclusivamente de leche, de carne o de vegetales. En cambio, según otros observadores, el síntoma subjetivo dolor puede ser influido suprimendo de la alimentación algunas substancias. Es indudable que en algunos casos los resultados fueron debidos a disminuir la cantidad de alimentos y en otros a sustituir las substancias alimenticias excitantes por otras menos irritantes, independientes de la composición química. Sorenson y Metreger aconsejan comidas de prueba con una protéma, un hidrato de carbono mixta, que posean próximamente el mismo valor en calorías, igual volumen y propiedades físicas. La comida, tanto de proteina como de hidratos de carbono, produce la misma cantidad de ácido clorhídrico libre. Parece por lo tanto, que no deben excluirse de la alimentación las proteinas, que tienen la ventaja de combinarse con parte del exceso de ácido clorhídrico libre y de mejorar además, la nutrición del enfermo. En efecto, la disminución de la cantidad de ácido mineral libre es, al parecer, el punto im-

portante; los alcalinos, que calman el dolor, sólo pueden obrar de este modo, puesto que carecen de influencia sobre el ácido fosfórico ysobre las combinaciones orgánicas del clorhídrico, otros dos factores de la acidez total. Las grasas, particularmente en forma de crema, son capaces de inhibir en alto grado la secreción gástrica; pero, por desgracia, muchas formas de grasa repugnan a los enfermos. Los hidratos de carbono pueden agregarse a la alimentación, suprimiendo las formas indigestas del almidón; son preferibles los alimentos hidrocarbonatados predigeridos, sobre todo en los casos más graves; el azúcar es preferible administrarlo en forma de miel, extracto de malta o frutas bien cocidas. Boas prohibe las frutas cocidas, pero esta prohibición se refiere principalmente a las frutas más ácidas.

Deben prohibirse todas las substancias que existen la secreción gástrica, porque el aumento de jugo gástrico total aumenta la cantidad absoluta de ácido clorhídrico. Estas substancias son las carnes rojas, los extractos y jugos de carnes, las especies y condimentos. Las bebidas gaseosas deben evitarse, porque el ácido carbónico es un excitante gástrico; algunos autores aconsejan también prohibir toda clase de bedidas alcohólicas.

Según Boas, el café ss siempre perjudicial, el té suele ser tolerado y el chocolate es inofensivo de ordinario, siempre que entren en su composición las partes grasas del cacao. En Inglaterra, donde el té suele tomarse muy concentrado y con poca leche, y el café relativamente muy diluído y con leche en abundancia es preferible esto último, en opinión de Fortesme-Brickdale.

Un asunto interesante relacionado con la alimentación en la hiperclorhidria es el efecto de la sal común. El estómago, en estado normal, segrega por término medio, en las veinticuatro horas, 7 gramos de cloro en forma de ácido clorhídrico, mientras que la cantidad total de cloro contenido en la sangre es de 11 gramos. La secreción de ácido clorhídrico depende, por lo tanto, en parte, de la cantidad de cloro ingerido en forma de cloruro de sodio. Hace algunos años, Lanfer refirió algunos casos de hiperclorhídria que, aunque de tipo grave, mejoraron con una alimentación mixta ordinaria desprovista de sal. Adicionando 2 o 3 gramos de sal a los alimentos, el dolor reaparecía. Bickel dice que las soluciones de sal a más del 9 por 100 estimulan la secreción gástrica; de modo que, al parecer, hay un doble motivo para disminuir la ingestión de sal.

Los laxantes y los alcalinos constituyen la base del tratamiento medicinal de la hiperclorhidria. En los casos benignos basta la mixtura alcalina ordinaria del bismuto, tomada una o dos horas después de la comida. Es también útil tomar por la mañana, en ayunas, un vaso de agua mineral alcalina. Algunos autores aconsejan no emplear los laxantes, limitándose a la alimentación adecuada y al amasamiento abdominal, pero Fortesme-Brockdale cree que en la mayor parte de los casos son útiles los laxantes salinos ordinarios. En los casos acentuados, Rodin deco-

mienda mixturas salinas como la siguiente:

Magnesia	16 decigramos
Bicarbonato de sosa	1 gramo
Azucar blanco en polvo..	2 gramos
Codeina	1 centígramo
Carbonato de sal.......|	
Subnitrato de bismuto..|	a 80 centígra-(mos

Se administra en polvo disuelto en agua, inmediatamente antes de empezar el dolor. El bicarbonato de sosa obra en seguida y los otros de un modo más lento, no desprendiéndose una gran cantidad de ácido carbónico, como cuando se administran de una vez grandes dosis de bicarbonato sódico. Si hay diarrea, se aumenta al cantidad de calcio y de bismuto y se disminuye la magnesia. En los casos graves, es útil la belladona como remedio temporal. El método de Robin, que consiste en administrarla antes de las comidas combinada con el opio y el beleño es, según toda probabilidad el mejor, aunque algunos prefieren darla inmediatamente después de comer.

Los que prefieren los medicamentos nuevos pueden emplear la cumidrina (metil-nitrato de atropina), cuya acción es análoga a la de la atropina a la dosis de medio a un milígramo, mezclada con azúcar de leche, inmediatamente antes de las comidas. Tiene la ventaja de ser menos tóxica, pero disminuye el apetito. El neutralón es el silicato de aluminio, y se descompone por el ácido clorhídrico libre en ácido silícico y cloruro de aluminio, que segn Zweig, es astringente y antiséptico. Una cucharadita de neutralón en polvo puede descomponer en sesenta minutos, a la temperatura del cuerpo, 400 cent. cúb. de una solución de ácido clorhídrico al 2|100. Puede administrarse una cucharadita, diluída en un cortadillo de agua, quince o treinta minutos antes de comer, repitiendo la dosis, si es necesario, después de haber comido.

El peróxido de hidrógeno aumenta, según se dice, la cantidad de moco en el estómago, y protege así la membrana mucosa contra la acción del contenido del estómago. Puede administrarse en forma de dilución al medio o tres cuartos por ciento del agua oxigenada ordinaria, siendo la dosis de 300 gramos, antes de la comida. El perhidrol de magnesia es también útil, administrado de igual manera a la dosis de 2 gramos y medio.

* * *

Dr. V. Henderson.
Patología del colapso.

Los antiguos cirujanos consideraban el quebrantamiento y el colapso como una misma cosa; las vibraciones son transmitidas a través del cuerpo y deprimen las funciones vitale.s

Existen diversas formas de colapso; el eléctrico, a veces mortal; el anafiláctico, el afectivo y el producido por el croroformo, que es observa lo mismo en el hombre que en los animales. En estos años últimos se ha considerado el colapso como un estado de depresión. Los gignecólogos le consideraban como el resultado de una hemorragia: los cirujanos generales le atribuyen a heridas graves que simulan el colapso hemorrágico, y los cirujanos más especializados le consideran como una depresión de la vitalidad consecutiva al acto operatorio. A estas diferentes fór-

mulas de colapso puede agregarse el colapso espinal que acompaña la sección de la médula, y algunas formas de colapso que se observan en los estados toxémicos.

Los experimentos de Goetz sobre la rana motivaron las primeras teorías sobre el colapso; pero el colapso no es el síncope. No admito la opinión corriente a la inhibición de los vasomotores, de la respiración, del tonus y del peristaltismo intestinal. Creo que el síncope es una especie de colapso espinal y que el colapso quirúrgico se asemeja al producido por hemorragia.

El ácido carbónico es para mí un excitante de gran importancia de las funciones respiratorias, y la pérdida o desaparición de este gas, como puede ocurrir a consecuencia de la dispnea y de la ventilación excesiva de los pulmones en los casos de dolor fuerte, es capaz de producir la apnea completa y la muerte por falta de oxígeno. El ácido carbónico ejerce una acción estimulante sobre el peristaltismo y puede administrarse en la timpanitis.

En los experimentos que he practicado para producir el colapso traumático, exponiendo al aire e irritando las visceras de perros, éstos morían antes de presentar indicios de descenso de la presión sanguínea, respecto a cuyo asunto están de acuerdo las estadísticas de Crile con las mías. En los casos de colapso que sobrevienen sin hemorragia a consecuencia de un dolor intenso, el fenómeno se produce en dos tiempos: primero, la dispnea hace desaparecer el ácido carbónico de la sangre; si el dolor disminuye en este momento, puede cesar la excitación del centro respiratorio; si, por el contrario, l dolor continua, el centro respiratorio queda excitado, la dispnea aumenta y la circulación se paraliza.

La presión sanguínea, factor olvidado hasta ahora, es importantísimo; en el colapso se paraliza el centro vasomotor, pero en la mayor parte de las otras formas clínicas la causa es el mecanismo de la presión venosa. Según mis experiencias, el sistema nervioso no desempeña efecto moderador alguno sobre la presión venosa, que sólo depende de la masa de sangre contenida en el cuerpo, tanto que un animal que muere de colapso circulatorio puede considerarse como animal sangrado. Las condiciones del colapso son químicas y no nerviosas.

Doctor A. González Prats.
Profesor de la Facultad de Barcelona.

* * *

Conferencia de la A. M. del Distrito de San Juan.

El dmingo 4 de Octubre de 1914 tuvo lugar la reunión científica de la Asociación Médica del Distrito de San Juan. Ante una distinguida concurrencia de médicos del distrito el Dr. Francisco Matanzo disertó brillantemente sobre el tema, "El Tracoma en Puerto Rico," presentando buen número de casos en los distintos períodos de la enfermedad, y haciendo resaltar el diagnóstico diferencial entre dicha dolencia y la conjuntivitis folicular.

Esta conferencia ha sido indudablemente de gran utilidad práctica para todos los médicos que allí se reunieron, y se publica con detalles en las páginas de este mismo número.

AÑO X. NOVIEMBRE 1914. NUM. 104.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL PUBLICACION MENSUAL

Suscripción por un año $5.00
Número suelto 0.25

Para más informes, diríjanse la correspondencia y anuncios al Editor.

De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica.

Redacción: Luna 41. Box 1306. San Juan, Puerto Rico.

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

Presidente: Bailey K. Ashford, M. D., San Juan, P. R.

Vice Presidente: Pedro Malaret, M. D., Ponce, P. R.

Tesorero: Jacinto Avilés, M. D., San Juan, P. R.

Secretario: Jorge del Toro, M. D., San Juan, P. R.

CONSEJO

Pedro Gutiérrez Igaravidez, M. D., San Juan, P. R.

Manuel Quevedo Báez, M. D., San Juan, P. R.

Eliseo Font y Guillot, M. D., San Juan, P. R,

Editor del Boletin: Francisco del Valle Atiles, M. D.,
San Juan, P. R.

Auxiliar Editor: Esteban García Cabrera, M. D.,
San Juan, P. R.

SUMARIO

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO X. NOVIEMBRE 1914. NUMERO 104

UN CASO DE EDEMA ANGIONEUROTICO.

POR EL DR. F. DEL VALLE ATILES.

Conferencia dada en la A. M. de Distrito de San Juan.

El día 9 de Octubre fuí llamado con alguna urgencia para visitar una niña que habiéndose acostado buena la noche anterior, amaneció presentando un edema enorme del lado derecho y superior de la cara, que le impedía abrir el ojo del mismo lado. La familia se manifestaba vivamente alarmada temiendo que se tratase de un caso de Tracoma o de otra enfermedad grave.

La niña de edad de 3 años y medio se presenta a nuestra observación de pie, no ha querido guardar cama; su actitud no expresa el menor decaimiento; de modo que si no observáramos la infiltración serosa de una parte del tejido celular de la cara, no sospecharíamos en ella ningún estado patológico. La piel que corresponde a la región edematosa no tiene un tinte especial, la temperatura no es diferente de la del resto del cuerpo, la expresión es alegre, los músculos de la cara funcionan libremente salvo los de los párpados por estar éstos enormemente tumefactos. El examen de la mucosa parpebral no revela hiperemia ni flegmasia de la mucosa ocular. La sensibilidad de la región enferma no está alterada; no se queja la niña de dolor alguno en el edema, ni la presión con el dedo lo provoca; se nota al tacto que el edema es consistente, pues el dedo no deja huella a la presión; no se observan trastornos intelectuales, ni el sueño ha sido interrumpido.

El estado de la mucosa bucal y de la lengua no revela nigún trastorno digestivo; no han ocurrido vómitos ni diarrea; las deposiciones han sido regulares durante los días que precedieron a la enfermedad y aún en el mismo de la observación. El pulso es regular y normal, así como la respiración y la temperatura. En el tronco y extremidades no se observa nada de anormal.

Tengo pues, delante de mí, para formular un diagnóstico, un caso en el cual solo hallo el signo objetivo: edema limitado, el cual se ha presentado bruscamente durante la noche, sin determinar síntomas generales, ni ser referible a

otros ataques o enfermedad previa, ni a traumatismo alguno.

Las causas que hayan podido producir el edema no nos ayudan al diagnóstico, pues ni los antecedentes de la niña, ni los actos realizados durante los últimos días ofrecen nada a que pueda ser atribuída la dolencia. El conmemorativo patológico nos dice que de las afecciones propias de la infancia, la niña sólo ha padecido de la pertusis el año anterior; por lo demás algunas afecciones catarrales e intestinales ligeras.

El examen minucioso que hicimos de la paciente nos permitió tranquilizar a la familia respecto a la no gravedad del caso; y excluyendo todas las causas de edema limitado a una región—traumatismo, picaduras de insectos, compresiones, etc.—vinimos a sospechar que teníamos delante un caso de edema angioneurótico.

En consecuencia receté unas aplicaciones locales de agua bórica caliente; y, recordando la posibilidad, siempre presente en los niños, de intoxicaciones intestinales, prescribí un purgante a pesar de que la enfermita no había ofrecido sítnoma alguno de indigestión.

El curso de la enfermedad me permitió confirmar el diagnóstico, pues a los ocho días había desaparecido el edema sin que la niña perdiera durante esos días su buen humor ni un solo instante; ni se presentara otro síntoma. El edema fué cediendo primero en los párpados y luego en el carrillo y labio superior hasta desaparecer por completo. Solo en el carrillo pudimos notar una muy ligera coloración rosada que no se extendía a todo el edema, sino que era limitada y como una cinta. Como la enferma tiene una inteligencia clara y puede responder a las preguntas que se le hacen con bastante exactitud, informa que nunca ha tenido dolor en la región afectada.

Este caso ès interesante por su propia sencillez, e indudablemente merece ser estudiado, pues estos edemas alguna vez suelen presentarse con la misma brusquedad y aparato alarmante en otras regiones tales como la laringe, la glotis, etc., y si no hay antecedentes, es casi seguro que el diagnóstico se hará imposible o muy dificultoso y tal vez el pronóstico equivocado.

En el caso en cuestión, la alimentación ordinaria de la niña consiste en leche y cereales. Sólo se recuerda que en la mesa comiera la niña algunos granos de maiz, como cosa extraordinaria en su alimentación habitual; aparte los caramelos, bombones y algún dulce.

Ninguna droga había sido usada que justificara el proceso, y nada se ha observado en ella que haga sospechar, hasta el presente una insuficiencia tiroidea. El examen de la orina, verificado cuando ya el edema había cedido bastante, reveló un exceso de indófilo y ausencia de productos escatólicos. El exceso de indófilo es un motivo para sospechar la dependencia de este caso de una intoxicación intestinal.

Una vez solicitada mi atención hacia el edema angioneurótico, busqué en la lectura de autores que hubieran tratado de esta enfermedad datos que me ayudarán a confirmar o a negar mis sospechas. Acerca de la etiología de esta enfermedad no se ha dicho aún la útlima palabra; ella es particularísima, entre otros motivos, por dar origen tan

solo a edemas circunscritos en regiones aisladas, sin que por lo común den lugar a reacciones generales; parece atribuible a un trastorno vaso-motor que ocurre unas veces en una región y otras en otra, y coloca la enfermedad entre las trofoneurosis al lado de algunas que revelan gravedad.

El doctor Julio Comby, en su tratado de las enfermedades de la infancia, esdia bajo el nombre de edema agudo de los párpados, una afección cuya sintomatología coincide con la de este caso; así también corresponden la benignidad del pronóstico y la incertidumbre del diagnóstico; cuando se vé por primera vez esta enfermedad, dice el autor, puede hacer pensar a primera vista en una conjuntivitis grave, en una nefritis, en una albuminuria. Ella cura sin hacérsele nada, y, añade, que existe alguna analogía entre este edema parpebral y ciertas formas de urticaria.

La manifestación puede recidivar y no tiene relación con ninguna perturbación alimenticia. Se presenta en los niños de ambos sexos, y parece influir en su producción el temperaento neuroartrítico de los padres, como causa predisponente, y cambios de temperatura como causa ocasional.

En la niña observada podría encontrarse alguna relación en este sentido, si bien no muy acentuada. La afección descrita por Comby aunque análoga a la que es objeto de esta observación, está agrupada por este autor entre las oftalmías; lo que no se explica satisfactoriamente, toda vez que no existe ningún signo objetivo, ni subjetivo de conjuntivitis, ni se observa enrrojecimiento, ni secreción de la mucosa ocular, ni hay fotofobia; en una palabra, el órgano de la visión no dá síntomas que justifiquen su agrupación entre las oftalmias.

El Profesor Dr. Herman Sahlí, en su Tratado en diagnósticó y métodos de examen, dice que no tenemos aún una clara noción del mecanismo de origen del edema angioneurótico; solo sabemos que aparece y desaparece súbitamente, y por lo tanto se le hace depender de los nervios de los vasos; igual concepción que se tiene del edema de la polineurítis y de la urticaria. Este autor apunta que el edema azul de las histéricas se incluye en el edema angioneurótico.

El doctor Glentworth Reeve Butler en su libro de los diagnósticos de medicina interna, dice de esta afección, a la que también llama edema circunscrito, que los puntos esenciales para el diagnóstico son su aparición brusca, ausencia de dolor y recurrencia de la hinchazón a intervalos. Aunque señala la edad de 20 a 30 años como aquella en que ocurre la enfermedad con más frecuencia, dice, sin embargo, que se padece antes y después de dicha edad.

De acuerdo con un artículo publicado por "Le Monde Medicale" bajo el título de enfermedad de Quincke (edema angioneurótico) el primer estudio documentado acerca de ésta enfermedad se debe a Quincke y a su discípulo Duncke lacker, habiendo luego publicado observaciones Ferreol, Le Gendre, Du Castel, Le Calve, Mirallie, Castaigne, Paillard Osler, Aper, Delille, Mendel y otros.

La enfermedad, según el articulista, está caracterizada por brotes sucesivos y transitorios de edema circunscrito que generalmente se presentan en el te-

jido celular subcutáneo; si bien la laringe y la glotis pueden ser atacadas a veces.

Insiste en la aparición brusca, sin producción de molestias como no sea alguna ligera sensación de picor o de entumecimiento, y rara vez fenómenos generales, pues la enfermdad es apirética y solo excepcionalmente puede dar fiebre, no más alta de 38o. C. El edema de la cara es la localización más frecuente y puede alcanzar un volumen extraordinario. En la orina se encuentran el escatol e indol.

Señala la frecuente coincidencia de la enfermedad de Quincke con la urticaria, hasta el punto de que algunos autores la llaman urticaria gigante; y la coexistencia que se ha observado de esta enfermedad con la púrpura, la hemoglobinuria paroxística a frigore, la enfermedad de Raynaúd, la esclerodermia, la acroparestésia y la eritromegalia.

En cuanto a la etiología, el terreno neuro-artrítico le parece constituir una predisposición evidente. Los trastornos digestivos previos y el origen familar son señalados también por el articulista. El frío, el traumatismo, la intoxicación de origen digestivo, ciertos medicamentos como la antipirina y los yoduros, las emociones,, las fatigas de toda índole se apuntan como causas ocasionales. Algunos observadores invocan una especie de diatesis angioneurótica con instablidad especial del aparato vaso-motor, de origen tiroideo; y otros creen que se trata de una anafilaxia de origen alimenticio.

El profesor Tomás Morgan Rotch, de la Universidad de Harvard en su libro "Pedriatics" dice: "una enfermedad de la piel que se ha denominado edema circunscrito agudo, se encuentra a veces en los niños, en los cuales evidentemente es de origen reflejo y depende con probabilidad de irritaciones en varias partes del cuerpo: boca, genitales, trayecto gastro entérico. No es peligrosa, puede ocurrir en cualquier edad y su tratamiento es simple y sintomático.

El profesor Benjamín Knoz Rachford, de la Universidad de Cincinati, hace mención del edema angioneurótico típico al estudiar la púrpura reumática, con la cual le cree asociado.

El Profesor de dermatología del Colegio Médico de Filadelfia, Jéfferson, Henry W. Stelwagon, estudia la afección bajo el nombre de edema angioneurótico, y da la siguiente sinonimia. Edema agudo no inflamatorio. Oedema cutis circunscritum acutum— Urticaria edematosa—Edema agudo—además de los nombres que ya hemos citado.

La afección está caracterizada, según este autor, por una ó varias hinchazones edematosas agudas, circunscritas por lo común en aquellas regiones en donde los tejidos son más distendibles, como los párpados, lóbulo de la oreja, labios, etc. El edema agudo circunscrito es de origen angioneurótico; una neurosis vasomotriz semejante a la que produce la urticaria. Es probable según Riehl que la causa excitante de estos trastornos periféricos se encuentren en el sistema nervioso central. Los estudios de Lodor le inducen á creer que la presencia en la sangre de un linfagogo, en cantidad patológica, y el rápido aumento de la presión linfática producen enareas de menor resistencia una brusca y rápida parálisis de tales regiones. Citando las

observaciones de Hesdenhain acerca de las varias sustancias que inyectadas en la sangre tienen el poder de aumentar grandemente el flujo de linfa, albúmina, azúcares, etc. No podemos menos de recordar los casos de edema angioneurótico de origen anafiláxico, en los cuales el huevo es responsable de la presentación de esta enfermedad.

Un estudio reciente acerca de la Bacteriología y Química de los huevos demuestra, que en éstos, las bacterias pueden aumentar enormemente antes de que se produzcan cambios apreciables en ellos. Lo que debe ser tenido en cuenta, aparte de los casos de anafilaxia.

La conclusión a que he llegado es que en el caso de mi observación, puedo afirmar que se trata de un caso de enfermedad de Quincke, por la manifestación cutánea, de corta duración, brusca aparición durante la noche, ausencia de depresión del edema bajo la presión del dedo, y de síntomas generales, y la terminación favorable, casi sin tratamiento.

La causa predisponente en este caso, así como la causa ocasional de la crisis no me ha sido posible precisarlas. Me inclino a atribuirle un origen alimenticio, y es de creer que otras crisis podrán producirse, y tal vez podamos llegar a una interpretación más positiva de éste interesante caso morboso.

OPERACION CESAREA VAGINAL EN UN CASO DE PROLAPSO UTERINO E HIPERTROFIA DEL CUELLO.

POR EL DR. AGGSTIN LAUGIER

Médico Interino de los Hospitales Municipales de San Juan.

Al presentarse este caso interesante me es sensible no poder adornar estas ligeras cuartillas con el lenguaje literario-científico que algún otro compañero, de más experiencia y práctica que yo en la carrera, podría desarrollar; más guiado por un impulso noble, y deseoso de contribuir con algo al engrandecimiento de la profesión médica, vengo a la lid con el entusiasmo de la juventud moderna que lucha tan acertadamente en las ciencias, artes, literatura, historia, etc... Debo hacer especial mención de mis ilustrados y activos compañeros doctores Belaval y del Toro, a quienes estoy altamente agradecido por sus sabios consejos en asuntos de la profesión, y quienes me indicaron preparase este trabajo para el Boletín mensual de la Asociación Médica de Puerto Rico.

La paciente A. R., de 25 años de edad, casada, blanca, profesión doméstica, fué traida en la ambulancia Municipal como caso de parto distosico de dos días de duración. Estando a cargo de la Sala de Maternidad de estos Hospitales Municipales, fuí a ver la paciente y obtuve la siguiente historia clínica:

Refiere haber tenido ocho partos normales. No dá historia de abortos ni sufrido operaciones de algún género. En sus dos últimos embarazos empezó a notar prolapso del útero, pero los partos

fueron espontáneos; sin embargo en el embarazo del parto que nos interesa, la paciente dice que a los seis meses de gestación notó que el cuello del útero había descendido a la vagina, mas no le dió mucha importancia y continuó dicho embarazo sin ningún otro inconveniente digno de mencionarse. Al empezar los dolores del parto, el útero descendió más y más hasta estar fuera de la vulva,, pero a pesar de la intensidad de dichos dolores, el cuello del útero no se dilataba. En vista del estado de la paciente, del largo período del parto cuya duración era casi dos días, la comadrona que la atendía resolvió enviarla a este hospital.

Examen físico a su ingreso:

(a) Aspecto general; representa más edad de la que da, bastante delgada y anémica y con demostraciones evidentes de un sufrimiento prolongado.

(b) Pelvimetría; los diámetros externos de la pelvis por el pelvímetro dieron un resultado casi normal con reducción de un centímetro en el diámetro de Baudelocque.

(c) Examen abdominal; Utero demuestra contracciones activas del parto. Parto de presentación completamente encajada en occipito derecha anterior.

(d) Examen vaginal; el cuello del útero y parte del cuerpo se veían completamente fuera de la vulva. El cuello uterino dilatado al tamaño de admitir solamente dos dedos; sus bordes excesivamente engrosados y fuertemente resistentes haciéndose imposible toda tentativa de dilatación. En realidad, la resistencia del cuello hizo que el parto avanzara de tal modo, que se pudo producir el segundo estado o de expulsión con el feto todavía dentro de la cavidad uterina, es decir, un prolapso del útero dentro del parto. El tamaño del prolapso era de ocho o nueve pulgadas de largo desde la base hasta el vértice; su circunferencia correspondía a la cabeza fetal rodeada del músculo uterino. El examen vaginal confirma el diagnóstico de presentación cefálica. El periné presentaba un viejo desgarre.

(e) Dolores; continuaban con la fuerza e intervalos de un parto normal, más sin resultado práctico en la dilatación del cuello uterino.

(f) Diagnóstico; con el examen físico llevado a cabo sabíamos que nos dábamos con un caso de parto, niño vivo en occipito derecho anterior, complicado con un prolapso uterino e hipertrofia del cuello del útero.

(g) Prognóstico; satisfactorio .

(h) Tratamiento; la paciente fué llevada a la mesa de operaciones donde en vista de la imposibilidad de dilatar el cuello manual e instrumentalmnte resolví hacer una operación Cesárea vaginal a indicación del Dr. del Toro, que llegaba en esos momentos. Después de preparar el instrumental necesario, así como a la paciente, para la operación, una sonda fué introducida por la uretra para localizar la vejiga urinaria, y una incisión con tijeras fué hecha en la parte anterior del cuello uterino como de diez centímetros de largo; otra incisión fué echa en la parte posterior sin tocar el peritoneo. La hemorragia fué escasa en extremo. Después de hechas esas dos incisiones el niño fué extraído sin in-

conveniente alguno por medio de forceps.

Las suturas fueron cogidas empezando en la parte posterior del cuello con suturas interrumpidas de tendón de Kangarú, la parte anterior fué tratada del mismo modo. Después de un lavado intrauterino con solución salina normal caliente, y aplicado un tapón vaginal después de colocar el útero en su sitio, la paciente fué llevada a su cama.

i) Resultado: después de la operación no vinieron complicaciones algunas, y madre y niño dejaron el hospital tres semanas después en buen estado.

NOTAS VARIAS.

Dr. Hastings Gilford.

Influencia de las glándulas de secreción interna sobre el desarrollo.

Todos cuantos se ocuparon de la influencia de las glándulas de secreción interna sobre el desarrollo; los que han leído los trabajos de Sajous, Guale, Vincent, Biedl, Cushing y otros han podido observar la importancia cada vez mayor del asunto.

Dos clases de investigaciones deben hacerse a propósito de este asunto: las clínicas y patológicas y las experimentales. El método experimental ha conducido al descubrimiento de los hormones, que difunden una luz nueva sobre la naturaleza de los cambios que pueden determinar las secreciones deficientes; y que ha suministrado algunos métodos clínicos y anatomopatológicos que deben suministrar también datos no menos útiles.

Creo que la propiedad de estimular el crecimiento, de regular la armonía entre los diversos órganos, no depende sólo de las glándulas endocrinas, sino que es una propiedad general perteneciente a todos los tejidos en algún grado. Solo así se explican las correlaciones locales. Por ejemplo, si en un hueso largo de un miembro es destruido en la infancia, el desarrollo de los músculos, de la grasa, de los vasos, de los nervios, de la piel, no continúa en el miembro lesionado como en el sano; los tejidos blandos se ajustan en cierto modo a la longitud del hueso. Este ajuste es muy variable. El desarrollo de la cabeza de los enanos está en relación con el del cuerpo; sin embargo, la inteligencia subsiste. La acondroplasia es un desorden que se atribuye a la deficiencia de la secreción pituitaria; no obstante está localizada principalmente en el esqueleto.

De la obscuridad que envuelve todas las dificiencias glandulares sólo se destacan algunos tipos clínicos, y quedan todavía muchos puntos por dilucidar porque las lesiones glandulares análogas pueden a veces invocar varios factores. Es necesario con frecuencia emitir teorías; pero no debe olvidarse que las teorías son a menudo falaces. Si se analizan, por ejemplo, las anomalías del funcionamiento de la glándula tiroides, se admite que el mixedema es

debido al hipotiroidismo, y la enfermedad de Bassedow al hipertiroidismo; pero uno de estos tipos clínicos no es en modo alguno antitesis del otro.

Si se considera el sistema linfático, se ve que un niño linfático es grueso, pálido, torpe, aunque la absorción de los alimentos es con frecuencia inferior al tipo medio. El tejido linfático es influido probablemente por la acción del tiroides de parte de la pituitaria y de los órganos sexuales. La destrucción externa del sistema linfático, como ocurre en la enfermedad de Hodgkin, se revela por debilidad y demacración.

Respecto a las glándulas sexuales, todas las tentativas hechas para influir sobre el crecimiento y el desarrollo de los niños por el extracto de dichas glándulas, han sido completamente ineficaces.

Entre todas las glándulas, cuya acción concertada produce la armonía en el cuerpo humano, desempeña probablemente el papel principal la tiroides, que estimula el metabolismo de todo el organismo. Durante la infancia y la juventud es contrarrestada por el timo, el sistema linfático y quizá por la glándula pineal; mas tarde aparecen las glándulas sexuales, que son indispensables para la madurez del organismo, estas glándulas son despertadas por las cápsulas suprarrenales; que aceleran el desarrollo de los sistemas muscular y óseo. La pituitaria obra también estimulando el sistema óseo. El cuerpo humano se desarrolla así, por flujo y reflujo, bajo la acción combinada de las glándulas endocrinas de las que unas obran estimulando y otras como moderadoras.

LA EXTIRPACION Y PREVENCION DE LA PESTE BUBONICA.

Por W. COLBY RUCKER,

Cirujano General Ayudante del Servicio de Salud Pública y de los Hospitales de Marina de los Estados Unidos.

La Peste es primeramente una enfermedad de los roedores, y secundaria y accidentalmente una enfermedad del hombre. La seguridad del hombre contra esta enfermedad descansa en la exclusión de los roedores y de sus parásitos. Esta es la base de toda labor preventiva y erradicativa. Si el hombre puede vivir en un lugar que esté libre de roedores, no tiene por qué temer la peste; porque si no hay roedores, no puede haber parásitos de éstos, y para todos los fines prácticos, la pulga puede considerarse como el vector común de la enfermedad, de un roedor a otro, y de un roedor al hombre. La extirpación de la Peste Bubónica significa la extirpación de los roedores.

En los Estados Unidos tenemos dos roedores que están relacionados con este problema: la rata y la ardilla; y aparentemente cada uno juega un papel distinto en la propagación de la enfermedad. Las ratas (Mus norwegicus, M. rattus, M. alexandrinus y M. musculus) son distintamente domésticas en sus costumbres y, por consiguiente, están en contacto más o menos íntimo con el hombre. Son también frecuentes en las grandes vías de comunicación del mun-

do; viajan a largas distancias en buques, y, dentro de ciertos límites, en los trenes. Son la causa de los brotes agudos, y el conducto para el transporte del virus desde su reservorio hasta el cuerpo del hombre. La ardilla (Citellus beechy), al contrario, no vive en las habitaciones humanas, y no viaja sino en limitadas emigraciones, pudiendo considerarse como un factor de poca importancia en la transportación de la enfermedad al hombre. Su grán función en la Peste es la de constituir un reservorio rural, del cual de tiempo en tiempo pasa a las ratas de los suburbios, y de éstas, a la ciudad y al hombre. Esta condición no es peculiar de los Estados Unidos solamente, sino que en China, y en el Tibet, la marmota. (Arctomys bobac) y especies aliadas llenan igual función

El problema se divide en dos partes. (1.—Extirpación de la Peste, y 2.—Prevención de la Peste).

En las ciudades la lucha se dirige contra la rata y sus parásitos, y tiene por objeto prevenir la extensión de la enfermedad de ellas al hombre. La campaña se conduce en las siguientes líneas:

MEDIDAS ERRADICATIVAS DE LA PESTE BUBONICA.

I. Desrratización.

1.—Matanza de las ratas: (a) Venenos químicos, (sólidos y gaseosos), (b)-biológicos, trampas, ratoneras, barriles, etc., (c)-todas las formas de violencia, tiros, golpes, etc., (d)-enemigos naturales, gatos, perros, hurones, etc.

2o—Evicción de las ratas: (a) Por la destrucción de las cuevas de los roedores; (b)-por la disposición de edificios a prueba de ratas, permanente, temporal, y por elevación.

3.—Muerte por hambre: (a) Apropiada remoción de los residuos de las comidas: (b)-poner a prueba de ratas los depósitos de comestibles.

4.—Prevenir la multiplicación de las ratas: (a)-todo lo dicho antes: (b)-inquetándolas.

II. Depulización.

1.—Destruyendo al huésped.

2.—Destruyendo la pulga directamente.

(a) Desinfección de las habitaciones humanas y de los roedores, en las que se hayan encontrado casos humanos o de los roedores: (b)-por medio de los pulicidas-CS2., kerosina, cal clorurada, etc.,: (c)-métodos de limpieza domésticos ordinarios: (d)-aparatos químicos de succión: (e)-depulización de los animales domésticos.

III. Delineamiento de la Zona Infectada.

1.—Inspección de: (a)-los muertos humanos:)b)-las personas vivas: (b1)-contacto entre casos humanos y de roedores: (b2)-en localidades infectadas.

2.—Examen de ratas: (a)-macroscópicamente: (b)-bacteriológicamente.

3.—Barómetros de la Peste.

IV. Prevención del Desarrollo de la Enfermedad.

1.—Del hombre: (a)-aislamiento: (a1)-casos eventuales: (a2)-casos sospe-

chosos: (b)-desinfección: (b1)-medio ambiente, habitación, vestido, etc., casos: (b2)-excretas, (esputos en los casos neumónicos.)

2.—De las ratas: (a)-prevenir la emigración de éstas: (a1)-por sus avenidas de vías naturales, alcantarillado, etc.: (a2)-por vehículos, (trenes y buques).

3.—Por la educación del público en general. En el campo las medidas siguen la misma línea general que en la ciudad, y son modificadas tan sólo, para satisfacer las condiciones que existan, tales como las especies de roedores que deban combatirse, la densidad de la población y los caracteres diferentes de los edificios. En los Estados Unidos el único animal rural que se ha hallado que tenga Peste, si exceptuamos un solo caso de infección de la rata de monte, (Neotoma fuscipes), es la ardilla de tierra-(Citellus beechy); por tanto, debe dirigirse la atención hacia la especie última. Desde el punto de vista de la ciudad y de la nación, este es un trabajo de prevención de la peste; y desde el punto de vista del campo, éste es un trabajo erradicativo de la peste. Para evitar confusiones, se clasificará como una medida erradicativa, porque el trabajo de la decitelización es una medida de protección de importancia nacional e internacional.

El trabajo de la prevención se dirige contra el roedor y sus parásitos, para que no importen y alimenten las semillas de la pestilencia, y no puedan distribuirlas más tarde entre los hombres. El plan de campaña es como sigue:

MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA LA PESTE BUBONICA.

I. Urbanas.

1.—Legales: (a)-ordenanzas para poner a prueba de ratas las construcciones: (b)-ordenanzas para el recogido de basuras y desperdicios: (c)-reglamentación sanitaria de las tiendas de comestibles, establos, panaderías, almacenes, etc.: (d)-inspección y notificación de las enfermedades y muertes sospechosas.

2.—Físicas: (a)-cuarentena contra las ratas, emigración e inmigración: (b)-poner a prueba de ratas los muelles, almacenes de las estaciones de ferrocarriles: (c)-desinfección periódica de los buques: (d)-examen de los roedores en el laboratorio.

II. Sub urbanas.

1.—Todas las dichas anteriormente.

2.—Creación de zonas de terreno, libres de ardillas.

III. Rurales.

1.—Decitelización: (a)-trampas, caza y envenenamiento: (b)-examen de laboratorio para descubrir nuevos focos de infección ypara delinear sus límites: (c)-educación del público y su cooperación.

2.—Inspección de: (a)-los muertos humanos: (b)-las enfermedades humanas sospechosas.

MEDIDAS ERRADICATIVAS DE LA PESTE.

I. Desrratización.

1.—MATANZA DE RATAS.—Debe saberse que cuando se trata de extermi-

nar una especie dada, no se puede tener confianza en un método solamente. La fecundidad tremenda de las ratas y su habilidad para sobrevivir en los sitios más defavorables, hace necesario que la campaña de la desrratización sea realizada simultáneamente por todos los medios que combaten la existencia murina.

(a) VENENO.—Cuando están preparados con inteligencia, y distribuídos con sagacidad, matan un cierto percentaje de la población de roedores. Esta medida ha probado ser muy eficaz en las manos del Servicio Público de Sanidad y Hospitales de Marina en San Francisco, California.

Los productos biológicos dependen en gran parte del bacilo "Typhi murium" de Loeffler y tienden al fin de producir epizootias que no son dañinas al hombre. Desgraciadamente, este no ha demostrado ser un medio bastante satisfactorio o seguro de matar ratas, y además este organismo es patogénico para el hombre.

Los venenos químicos, tales como el ácido arsenioso y el fósforo, debido a su baratura y seguridad de acción, han dado muy buenos resultados. De ambos, el fósforo es quizás preferible, a causa de que las ratas parecen tomarlo mejor. Barita (carbonato de bario crudo) matará las ratas, pero a causa de su sabor metálico no es tomado por éllas con gusto. La estricnina es un agente valioso, pero es costosa, y por motivo de que a menudo se distribuye en granos pequeños, es menos conveniente para manejar, y es más peligrosa para los niños y animales domésticos. Cuando se usa en grano es más apta para ser tomada por los pájaros, cuya muerte causará frecuentemente tormentas de protestas de parte de los amantes de éstos Cuando se usa para matar ratas, un método favorito de distribuirla, es el abrir una fruta seca y depositar el agente tóxico en su centro. Cebollas albarranas pulverizadas se usan algunas veces, y son tóxicas para las ratas.

Cualquier agente que se emplee debe distribuirse tan atractivamente como sea posible. En el caso del ácido arsenioso, debe incorporarse éste en una base de cualquier material grasoso, tal como la manteca endulzada con azúcar, aromátizada con aceite de anís o de almizcle, y coloreada ligeramente de rosado. El fósforo se incorpora más seguramente en glucosa. Su tendencia a una combustión espontánea debe tenerse en cuenta. Es bueno cambiar de base con frecuencia, alternando entre el queso, manteca, carne grasa de carnero, maiz molido y pescados triturados, como el salmón. La masa debería ser de tal consistencia que permitiera ser repartida en pedacitos de pan de tres octavos de pulgada.

Al distribuir los venenos debe tenerse cuidado, de que no puedan sér ingeridos por los niños, o por animales domésticos. Un registro exacto debería tenerse de cada lugar en el que se haya puesto el veneno, debiéndose hacer inspecciones frecuentes, para determinar los resultados obtenidos. Cuando se decide dejar de envenenar una cierta vecindad, es prudente recoger cualesquiera porción restante de los pedacitos de alimentos envenenados, pues podrían tomarse equivocadamente en el futuro.

(b) TRAMPAS.—El coger las ratas no sólo sirve para disminuir su número,

sino que también nos habilita para descubrir a tiempo la epizootía murina de plaga por medio de los métodos de laboratorio y para poder prevenir que se convierta en plaga humana epidémica. Su larga asociación con el hombre les ha dado una sutileza notable; de ahí que el atraparlas sea una operación que necesite gran ingenio y paciencia, junto con un conocimiento completo de sus hábitos. La ratonera de jaula grande tiene la ventaja de coger los animales vivos, y muy frecuentemente, más de uno a un tiempo. En ciertas ocasiones, sin embargo, lás ratoneras de resorte, de guillotina o las trampas de caída de muerte parecen dar mejores resultados. Al poner estas, deben cambiarse los alrrededores tan poco como sea posible, debiendo aprovecharse las ventajas de los caminos usuales en sus correrías. Debe recordarse que el ojo de la rata es algo defectivo por el día, produciéndosele una agorafobia; pero que auxiliándose con sus bigotes pueden correr fácilmente a lo largo de una muralla o seto. Así, no deberían ponerse trampas en sitios aislados, sino en los pasadizos angostos, a lo largo de las murallas.

Mucho cuidado debería prestarse al seleccionar los cebos; éstos deben cambiarse a menudo, y, cuando es posible debería consistir en un pedacito delicado y oloroso que la rata no esté acostumbrada a tomar. Las trampas deberían examinarse, llenarse y vaciarse cada dos días.

Las trampas de barril son muy útiles en almacenes en donde existan las ratas en abudancia. Ellas consisten en un barril lleno de agua hasta la mitad, con una tapa falsa que precipite y empuje al animal dentro del agua depositada más abajo. Un pedazo regular y adecuado de queso podrido puesto en la punta de la tapa, en su extremidad interior servirá para atraer a la rata. Para facilitar el paso del roedor, debe haber provista una tabla, uno de cuyos extremos descanse en el suelo y el otro encima de la tapa en el borde del barril, para asegurar así la entrada franca de la rata por el lugar apropiado que se desee, con lo cual su captura está hecha al caer dentro del agua contenida abajo.

Las ratas cogidas deben marcarse para demostrar cuándo, dónde y por quién fueron cogidas. Deben tratarse con un pulicila eficiente cualquiera, para que los que las manejen están protegidos, y si van a ser examinadas deberían llevarse al laboratorio en cajas a prueba de pulgas.

En los almacenes de provisiones se ha acabado con las ratas suspendiendo una carnada entre dos hilos eléctricos cargados fuertemente, de los que se ha quitado en una pequeña distancia su aislamiento. El roedor hambriento, encaramándose sobre los hilos poco a poco, recibe la corriente eléctrica en su cuerpo y cae inconsciente dentro de un tonel de agua en el cual se ahoga.

Se ha patentizado un sistema de túneles y trampas para ser instalados dentro de los barcos cuando se construyen éstos. Incluye dicho sistema un aparato registrador para indicar el número de ratas que cae en la trampa, y después que un número suficiente ha sido cogido, se echan dentro de un hoyo en donde se las mata con gas y luego son removidas. Este sistema se instaló en un

hotel en "Coronado Beach", California, y parece prometer mucho.

CAZA, GOLPES Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA.—En sitios en donde las ratas se hallan frecuentemente y son abundantes, es decir, en los mataderos, almacenes de granos, mercados y almacenes de provisiones, gran número de ratas pueden matarse disparándoles con un rifle calibre 22 o llevándolas a sitios apropiados donde se las mata con palos o con grandes cuchillos. Esta medida no es de una gran eficacia.

ENEMIGOS NATURALES: Gatos, Perros, Hurones, etc.—Enemigos naturales de la rata son los perros, gatos, hurones, culebras etc. En campo abierto, las lechuzas son muy buenas caza-ratas, y en ciertos latitudes las culebras que no envenenan con su mordedura, han probado ser efectivas en lipiar ciertas casas y tiendas de las ratas. Los perros, gatos y hurones son muy útiles para aminorar la población de roedores, pero dada su susceptibilidad a infectarse de peste, es conveniente limitar sus actividades a los tiempos normales, pues que puedan contraer la enfermedad y llevarla de su presa al hombre.

2.—EVICCION DE LAS RATAS.— La rata sin casa está expuesta a los ataques violentos de sus enemigos; tiene pocas probabilidades para multiplicarse y tendrá que estar constantemente a la espectativa de nuevas fuentes donde procurarse alimento. La evicción de la rata es importante en otra forma—la hace desaparecer de la casa del hombre. Si esta evicción es permanente, el peligro de la Peste habrá pasado ya.

(a) LA DESTRUCCION DE LAS CUEVAS DE LOS ROEDORES.—No es importante sólo porque evita la rata, sino también porque ofrece una oportunidad para matar las pulgas que se encuentran generalmente en los nidos y madrigueras de las ratas. Más todavía, la destrucción de cercas viejas y cercas de patios hechas de tablones, es el primer paso para reponerlas de concreto, o de otro material, a prueba de ratas, similares a éste. Cuando las nidadas de las ratas están en los montones de basura, su destrucción es de tanto valor como medida de limpieza como importante por ser de valor antipestoso.

(b) PRUEBA DE RATAS, PERMANENTE, TEMPORAL Y POR ELEVACION.—De todas las medidas, contra la Peste, hasta ahora usadas por el hombre, la de mayor importancia y más duradera es poner los edificios á prueba de ratas. Una ciudad a prueba de ratas no debe ser atacada de peste. La prueba de ratas actúa no sólo como un medio de extinción de la plaga—es la fortificación contra sus ataques subsecuentes. El asunto es desde luego de mucha importancia para el público en general, desde el punto de vista sanitario y comercial. El poner a prueba de ratas sirve al propósito de proteger a los habitantes de la casa contra la plaga, y de excluir a la rata de su provisión de alimento y de habitación. Este aislamiento contra la rata debe aplicarse como una medida general en todas las localidades infestadas de plaga, especialmente aquellas que han sufrido de los estragos de la enfermedad. El poner a prueba de ratas los edificios permanentemente, cues-

ta dinero; pero debe soportarse ésto como un aseguro contra la Peste, desde el punto de vista comercial y humanitario.

Se ha hallado que el concreto es el mejor material para poner a prueba de ratas los edificios para el uso general. Es bastante barato, y su duración es incuestionable. Las fundaciones de concreto, los sótanos y suelos, deben instalarse en las casas, establos, almacenes y mercados en donde se guardan productos alimenticios de cualquier clase. Debe ponerse atención particular a las construcciones o lugares en donde se alimentan animales domésticos. Esto se aplica especialmente a los gallineros, los que, dada la cantidad de alimento regado y que no es usado, son visitados por las ratas. Si se pavimenta el patio con concreto y se le provee de una cubierta de alambre a prueba de ratas; el gallinero será una amenaza menos.

Se ha usado hierro galvanizado como un medio de pasarse sin el concreto, pero no es enteramente satisfactorio. Si se usa, debe considerarse su uso como una medida temporal solamente.

Si se elevan los edificios 18 pulgadas sobre la superficie de la tierra, y se deja espacio libre debajo para el ingreso y egreso de los enemigos naturales de las ratas, se consigue la prueba de ratas por elevación. Esta medida es de valor cuando se trata de pequeñas estructuras, en las que están contraindicadas otras medidas de poner a prueba de ratas, por la razón de su costo. Es una medida temporal.

Sea cual fuere el método de poner a prueba de ratas que se use, debe recordarse que las ratas entran a los edificios por puertas y ventanas; así es que deben protegerse éstas, contra sus tentativas de entrada. Las ratas, particularmente las "Mus Alexandrinus", (las que afortunadamente no son muy comúnes en los Estados Unidos,) también pueden entrar, en las casas, por los techos de éstas; así, debe tenerse especial cuidado de taparles esta otra vía de invasión.

3.--DESTRUCCION DE LAS RATAS POR EL HAMBRE.—Es inútil esperar que la rata tome venenos o sea atraída por el cebo de las trampas, cuando encuentran una abundancia de comida que fácilmente pueden obtener. Así, la muerte por el hambre es una medida preventiva y erradicativa de gran importancia. Más aún, las ratas, como todos los séres vivientes, no se quedarán en donde no haya alimento adecuado. Quizás ésta sea la causa de las varias emigraciones de las ratas, descritas en tantos países diferentes.

(a) DISPOSICION APROPIADA DE LOS DESPERDICIOS DE COMIDAS.—Han pasado los días en los que las ratas servían para limpiar las calles gratis, de las sobras y desperdicios de comidas. Los Departamentos de Sanidad de las grandes ciudades requieren ahora disponer de esos desperdicios en zafacones, su colección cuidadosa en vagones cubiertos; y su destrucción final destruyéndolos por medio de la incineración en los crematorios Esta es una medida sanitaria importante, no solamente debida a su efecto sobre las ratas, sinó también a causa de su efecto destructor de las pulgas. Igual cuidado debe tenerse al disponer de las basuras de los mercados de vegetales, de frutas, y de carnes. Otros productos de basura,

como el estiércol de los establecimientos y el que les proporciona a las ratas tanto comida como habitación, deberán ser depositados en cajas forradas de metal, que sean vaciadas con frecuencia y sus contenidos incinerados o embarcados para ser usados como fertilizantes en los campos del interior

(b) PONER A PRUEBA DE RATAS LAS PROVISIONES ALIMENTICIAS.—Los mercados de especierías, carnes, pescados, vegetales y de frutas; restaurants, panaderías y todos los sitios en donde se prepara comida o se venda para el consumo humano, son grandes despensas de alimento de los roedores La barrera que debe ponerse contra las ratas variará de acuerdo con la naturaleza del lugar. Los Mercados y otros sitios en los que los alimentos se cambian, deben estar bien protegidos contra las ratas por el uso de protectores de alambre grueso con no más de media pulgada de malla. Los elevadores y otros sitios para guardar granos o heno deberán ser hechos a prueba de ratas, e instalar gatos en ellos para mantenerlos libres de ratas

4.—PREVENCION DE LA MULTIPLICACION DE LAS RATAS.—La rata hambrienta y desposeída de albergue, molestada de sitio en sitio por la guerra incesante que se libre contra ella, "extraña, desamparada, melancólica", tiene poca ocasión de multiplicarse Los observadores Japoneses han arguido q. a medida que la población roedora disminuye, el por ciento de nacimientos entre las supervivientes crece debido al aumento relativo de la provisión de alimento y del número de lugares para sus viviendas.

Si se ha intentado desrratizar por un ataque simultáneo, sistemático de las cuevas de las ratas y su fuente de alimentación se habrán producido al mismo tiempo condiciones desfavorables para su multiplicación. Probablemente es imposible exterminar absolutamente la especie en una ciudad dada, pero esto no es necesario absolutamente para la exterminación de la Peste Si la población de roderes se contiene dentro de ciertos límites y no está congestionada, la plaga de las ratas cesará puramente por causas naturales, o si ésta fuera introducida en una comunidad de roedores diseminada, la enfermedad consumirá pronto el material necesario para su perpetuación.

HISTORIA DEL PRIMER DEPOSITO DE LECHE O *GOTAS DE-CHE* ASOCIADO A UN CONSULTORIO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.

Por Henry KOPLIK, M. D.

Cuando yo volví de mis estudios en el extranjero en 1887, fuí nombrado médico del Dispensario del Buen Samaritano, de la ciudad de Nueva York. Yo tenía a mi cargo la dirección del Servicio de enfermedades de los niños, y en aquel tiempo había una tendencia latente a considerar que el tratamiento de los niños en los dispensarios, necesitaba la introducción de nuevas ideas, comparadas con las que estaban en voga entonces. En todos los dispensarios o clínicas de niños, entonces como ahora, la

masa de casos la constituían un gran cociente de desórdenes del canal intestinal. Era costumbre entonces, como a menudo ahora, tratar estos casos de una manera rutinaria. Se le prescribía al infante alguna mixtura, y se enviaba a su casa dándole a la madre algunas instrucciones, y dejándola que a su modo, ejecutase las que se le habían dado. Ella podría recordar unas y tal vez olvidar otras que fueran de vital importancia. Esto importaba poco. Yo ví que tal estado de cosas era completamente insatisfactorio. Como creemos, lo mismo entonces que ahora, que el alimento de un niño es asunto primordial en su curación,determiné poner el alimento a disposición del infante, dejando a la administración de drogas el segundo lugar. Con esta idea en la mente se creó en 1889 el primer depósito o "gotas de leche" en mi dispensario. Al principio ponía la leche en botellas separadas y la esterilizaba. El aparato era excesivamente simple. Después de la esterilización la leche se enviaba al boticario del dispensario, entonces Dispensario del Este, y se le daba a los pacientes solo por precripción. El niño enfermo era visto primero por mí, y entonces la madre recibía las instrucciones y la leche; y, se le decía cómo debía usarla—darla pura, o diluída con agua de cebada en proporciones definidas. Después de esto se pedía a la madre que trajera al niño a intervalos regulares; éste era pesado, observado y tratado.

Esta simple innovación pareció crear una total conmoción entre las madres, y encontró el ridículo y la oposición entre los que no piensan. Los resultados, sin embargo, empezaron a atraer la atención. La leche esterilizada, en botellas separadas, cada botella para ser dada al niño a ciertos intervalos, fué asunto considerado por las madres de los niños pacientes, algo poco menos que maravilloso. Las madres y los niños se congregaban en mi dispensario en gran número. Además, vinieron médicos a observar el efecto y la manera de practicar esta innovación en el tratamiento de los desórdenes gastro intestinales de la infancia. Tanto éxito tuvo este inicio, que en Mayo 1890, se me persuadió a que expusiera mis métodos y aparatos, y describiera mi depósito de leche, que contaba ya un año de existencia, ante la Sociedad Médica del Condado de Nueva York. Recuerdo bien la más bien distanciada q. patrocinadora actitud de mi auditorio. Un bien conocido pediatra observó, en ésta reunión, que el depósito de leche nunca podría llegar a ser popular a causa del trabajo en el lavado de las botellas, y por consiguiente sería por fuerza muy limitada su aplicación. Perseveré no obstante, y en Noviembre 12, 1890 presenté una comunicación a la Academia de Medicina de Nueva York, Sección de Pediátrica, acerca de mi trabajo en dar forma práctica a mi idea de los depósitos de leche ó dispensario para la alimentación, asociados al tratamiento de los niños afligidos por desórdenes intestinales.

En este trabajo demostré que la supervisión médica debe ir de mano con la administración de leche y de alimentos. La leche que yo utilizaba era la mejor que podía obtenerse en aquella época, no pudiendo suministrar leche de una lechería propia ;ni siéndome posible conseguir leche certificada. Fuí a los mer-

cados y compré leche embotellada de la mejor calidad, la esterilizaba en porciones separadas y así hacía lo mejor que podía por mis pacientes. Este trabajo no fué inútil. Vi que los interesados que traían pacientes para ser tratados estaban tan descorazonados, y a menudo eran tan ignorantes, que la leche debía colocarse ya lista en sus manos para ser dada al niño; y todo lo que se dejaba a su cuidado era el darla a intervalos apropiados. Así el primer depósito de leche "gotas de leche," en conección con los consejos médicos (consultas) se convirtió en un hecho establecido en los Estados Unidos. Cuando el antiguo Dispensario del Este fué trasladado a su nuevo domicilio tomó el nombre de Dispensario del Buen Samaritano; un comité de personas legas proporcionó los fondos para permitirme extender el campo de utilidad de esta nueva idea de los depósitos de leche. Entonces imaginé nuevos aparatos, y en corto tiempo, con un gran conjunto de personas auxiliares, nos fué posible extender materialmente nuestro trabajo, y alimentar gran número, algunas veces doscientos infantes diariamente, con leche preparada en fórmulas determinados y en porciones apropiadas y separadas. Esto fué en 1891. Las facilidades de tratar así niños atacados con desórdenes intestinales no se limitó a los pacientes del dispensario; sinó que se invitó a los médicos a que enviaran al depósito de leche a preparar ciertas fórmulas para sus pacientes.

Durante todo este tiempo la campaña para extender este método de atender a los niños enfermos y sanos encontró la más decidida oposición, como le sucede a toda innovación, y también halló grandes alientos. Los niños de mi servicio eran pesados, observados y alimentados; aquellos dirigidos por otros médicos no quedaban sugetos a nuestra dirección. Así el primer depósito de leche; "gotas de leche", bajo el control médico, vino a ser el tópico de interés en todas partes, y aún la prensa diaria enocntró algo interesante en esta nueva manera de proceder.

Al principio la leche, como ya he indiado, era dada pura, esterilizada, a los pacientes; y a las madres se les decía cómo debían diluirla según al caso. Pero se vió pronto que esto no bastaba. A los interesados se les debe dar la fórmula acabada y ponerla en sus manos lista para ser administrada al niño. No se puede confiar en que la diluyan de un modo correcto. La leche se contamina o se echa a perder al manipularla. Se decidió entonces dar a cada niño una fórmula definida, y la cantidad según la edad, y de este modo, cada niño fué estudiado acerca del mejor medio de alimentarlo. En un depósito de leche sólo unas pocas fórmulas pueden tenerse aplicables al mayor número de niños, como un término medio. Así para un niño desde el nacimiento hasta el tercer mes, se prepara la fórmula de Meiggs. Como es sabido, la fórmula de Meiggs contiene 1 por 100 de proteína, 3 por 100 de grasa, y 6 por 100 de azúcar y leche, aproximadamente. Para niños de más edad, del tercero al octavo mes, la llamada mixtura Henlones-Soxhlet es recomendada; y en adición leche esterilizada o pasteurizada se le proporcionaba a las madres. Todos los aparatos, incluyendo los de esterilizar o

pasteurizar la leche, el método para limpiar las botellas, el de llenarlas, eran modelos míos... El gran principio seguido fué no solamente que nuestro depósito de leche fuese un lugar de comprar leche, sino una clínica diaria, conducida cuidadosamente, que tuviese cuidado de los niños enfermos o sanos, se les tratase individualmente y se le diera a cada uno el alimento apropiado a sus condiciones Los niños eran todos sistemáticamente pesados una o dos veces a la semana, y el depósito del Buen Samaritano se convirtió en la Meca de las madres que tenían a sus hijos enfermos; y de los médicos que estaban intesados en el adelanto del tratamiento de los desórdenes gastro intestinales; y en la alimentación de los niños ya estuvieran enfermos ya sanos. En el 'New Yorw Medical Journal' de Enero 4, 1893 describí los primeros dos años de trabajo en el depósito de leche bajo el plan aumentado y perfeccionado El artículo fijaba el origen de mi idea del depósito de leche en 1889 y su dsarrollo. Yo había hallado como asunto de interés que la antigua forma de esterilización a 100 C no era de desearse, como lo sería un grado más bajo de esterilización, y se vió que en un depósito público de leche calentada hasta los 65, 68 o 70 C esta temperatura era muy baja, por la falta de cuidado de las madres en su manipulación que permitía pronto a la leche aguarse en 24 horas, mientras que calentándola a 85 o 90 C era una temperatura suficiente alta para confiar; y la leche se mantenía totalmente buena, en un lugar moderadamente fresco durante veinte y cuatro horas.

En el artículo previamente mencionado publiqué también el trabajo de 1891 a 1892 con las mejoras realizadas en facilidades y nuevos edificios del antiguo Dispensario del Este, ahora del Buen Samaritano. Por esta época, leche "certificada" no era fácilmente obtenible; así yo compraba la mepor leche que hallaba en el mercado en latas o botellas, una leche mucho mejor que la que podían conseguir mis pacientes. El trabajo realizado en este depósito de leche durante los años de 1891 y 1892 fué el siguiente:

Porciones alimenticias separadas 101.-482.

Infantes y niños a quien se les surtió, 1.272.

Teniendo en cuenta que estos niños todos pasaron bajo mi directa y diaria supervición y tratamiento, se puede conjeturar que el trabajo fué poco menos que hercúleo.

En ese artículo calculé que el número de niños que recibieron el alimento controlado, y consejos médicos por más largo tiempo fué de 539 en los dos años. Las siguientes cifras demuestran el trabajo hecho en el primer año de existencia dél depósito de leche del Dispensario del Buen Samaritano. El está todavía funcionando y alimenta por términomedio 130 niños diariamente.

Registro de los primeros diez años de trabajo hecho en el depósito de leche del Buen Samaritano:

Año	Botellas empieadas	Niños
1889	7,000	137
1891	44,111	574
1892	57,371	700
1893	70,068	976
1894	79,705	720
1895	75,550	932

1896	96,313	766
1897	155,989	1,064
1898	298,674	1,204
	875,781	7,073

En el primer trabajo acerca de la leche en relación con la salud pública, de los Laboratorios Higiénicos de los Estados Unidos, este trabajo no fué notado; pero en la revisión subsiguiente por el doctor J. W. Kerr, de Washington, tuve la satisfacción de ver mencionado este trabajo de carácter explorador.

Puedo decir, pues, que la idea original de poner en operación el depósito de leche en conección con el tratamiento de dispensario, tuvo su origen en los Estados Unidos, en el Dispensario del Este, en el servicio de niños del cual era yo Jefe; y fué perfeccionado en la presente forma en que se halla hoy, en el Dispensario del Buen Samaritano, según he demostrado. Recuerdo bien mi insistencia con los estudiantes que visitaban mi clínica, depósito de leche y laboratorio, en que toda alimentación de los bebés por los depósitos de leche debería estar bajo el control médico. Tuve ocasión también de demostrar más tarde el daño hecho a los pacientes por darles o venderles leche sin prescripción facultativa.

Cuando después de cuatro años de establecido el depósito en mi servicio, otros depósitos fueron establecidos gracias al esfuerzo hecho para alimentar los pobres con buena leche, hallé que algunos de mis pacientes después de consumir la cantidad obtenida en mi clínica, iban a otras partes y compraban, sin restricción, alimento adicional. Tales niños, desde luego, se ponían muy malos por exceso de alimentación. Esto no podría ocurrir en donde los depósitos estuvieran bajo estricto gobierno médico. El bien que se perseguía fué obscurecido en muchos casos por el daño hecho.

En toda clínica para el tratamiento de infantes y alimentación de los mismos, enfermos y sanos, habrá siempre un número de pacientes flotantes que cesarán; pero un cierto percentaje, como se ha indicado, permanece, especialmente si las madres ven que el cuidado de los médicos es sincero, y que el infante es observado y pesado. Cuando se prescribían mixturas complicadas, yo prefería, si creía que la madre era cuidadosa, enviar una nurse a la casa especialmente si la madre no podía dedicarle tiempo a causa del trabajo, a enseñarle la manera de preparar el alimento, y los detalles del cuidado que debía tener con el infante. Creo ahora, como creía entonces y propagué, que el depósito de leche solo es de múy limitada utilidad sino se combina con un efectivo, no nominal, tratamiento médico del infante. Hoy esta idea es de adopción casi general en el extranjero y en los Estados Unidos.

El depósito de leche con supervisión médica actual de los niños ha venido a ser adoptado generalmente, y andando el tiempo alcanzará una mayor perfección el método, y aprovechará a mayor núm. de niños, a medida que las madres estén más educadas en el cuidado de sus hijos. Este es el método ideal que hemos adoptado y practicado. El médico primero ve al infante, si el bebé está bien, y la madre o ama de cría son sanas y pueden criar, se la aconseja ha-

cerlo y se le adiciona una botella de alimento, si el pecho no es bastante.

Si no es posible el pecho, después de un examen de la madre, entonces se recurre a la alimentación artificial Si el infante está enfermo, se le trata primero la enfermedad. Una enfermedad que no envuelva el trayecto intestinal desaparece, mucho mejor cuando la alimentación es apropiada. Si está comprometido el canal gastro intestinal, el médico guía primero cuidadosamente al infante a través de su severa enfermedad por medio de una alimentación apropiada.

Este es el método, me parece, que será introducido en todas las clínicas.

El primer resultado de proporcionar el alimento apropiado para los niños es relevar a las madres de una cantidad de trabajo que le consume tiempo; el inmediato, es asegurar a los infantes, hijos de madres no tan inteligentes, el alimento apropiado. El resultado último es una reducción en la morbilidad y en la mortalidad de los niños.

EL EXAMEN PREVIO DE UNA NODRIZA.

Por PAUL DELMAS.

Profesor agregado de la Facultad de Montpellier.

Frecuentemente se solicitan los servicios del médico para juzgar acerca de las cualidades profesionales de una nodriza, antes de entrar a servir, a su salida de la oficina de colocaciones.

Este exámen, cuya importancia no es necesario demostrar, compromete la responsabilidad moral y material del práctico: opiniones, cada vez más numerosas, lo atestiguan. No es por tanto inútil seguir en este asunto un plan metódico trazado de antemano.

El informe que le piden las familias es unilateral. El práctico lo ha de dar en cuanto al valor de la postulante. Esta en cambio lo ignora todo acerca del niño que le va a ser conferido. Por chocante y peligrosa que sea esta injusticia, el médico tiene que mantenerse dentro del mandato que le ha sido confiado. Se debe hacer la excepción, sin embargo, del caso en que su calidad de médico tratante de la familia, le hubiera permitido reconocer la existencia de sífilis en el niño o en sus padres Es sabido que en semejantes casos, es regla absoluta para él, oponerse a la introducción de una nodriza mercenaria. Por tal razón, debe abstenerse de reconocer a ninguna.

Los clásicos recomiendan unánimemente hacerse desde luego presentar el "hijo de la nodriza". Esta sería, si hemos de creerles, la más fiel traducción de las condiciones de la aspirante. En realidad, nada es más engañoso; muy a menudo, no se presenta el niño, sea porque haya sucumbido, hecho difícil de comprobar, sea que haya sido enviado a otro lugar. En la hipótesis inversa, el mamón sometido a las investigaciones del médico puede muy bien haber sido prestado o alquilado aquel día para las necesidades del examen. Prácticamente este punto del examen carece de valor. Por la misma razón, la mayor parte de los "datos del interrogatorio", no tienen importancia más allá de la medida en que puedan ser comparados objetivamente. Bajo esta reserva, será nece-

sario, no obstante, hacer ciertas preguntas que pudieran, dado el caso, ser consiguientemente extrañas a la nodriza en caso de engaño. Las respuestas de la postulante estarán subordinadas a lo que ella crea ser un interés; teniendo esto en cuenta, élla convendrá de mejor grado en una pleuresía, que en una bronquitis.

A pesar del Artículo 8 de la ley de Roussel, que prescribe a toda mujer que quiera colocarse como nodriza, el proveerse de un certificado del alcalde de su residencia, testificando, en caso de que su hijo esté vivo, que tiene más de 7 meses, o sino ha alcanzado esta edad, que lo está criando otra mujer; la pretendiente afirmará sin otra prueba, que su leche es reciente, respondiendo así por adelantado al deseo de la familia.

Anotación también difícil es la tocante a las preguntas sucesivas que pueden serle dirigidas: paridad y suerte de los hijos precedentes; interogatorio tocante a los diferentes aparatos, el estado general, enflaquecimiento, fiebre, antecedentes personales o de familia.

B.—EL EXAMEN OBJETIVO, merece en cambio una extrema atención, en aquellos partes al menos en que es posible efectuarlo.

LA APARIENCIA GENERAL de la persona dá una primera impresión acerca de la edad—de 20 a 30 años—robustez—sin exceso, ni defecto—el aspecto de limpieza de la persona, de la cual el desvestirse más tarde, reserva, tal vez, alguna sorpresa.

(a) Pasando enseguida a la observación analítica, y al nivel de la "cabeza" será preciso mirar sucesivamente al cabello, para descubrir la suciedad, los parásitos, las placas de alopecia: la cara y sus pigmentaciones, la boca con sus dientes más o menos bien conservados, y causa, si están muy dañados, de dispepsias sensibles: las mucosas labio-gloso-faríngeas, y los accidentes secundarios deben buscarse también.

La existencia en la región cervical, del collar de Vénus, o de adenopatías, permite reconocer la sífilis: las cicatrices deprimidas y adherentes significan escrófulas.

Se le ruega a la persona que se examina, que se desnude hasta la cintura. En el entretanto se observará la limpieza de los vestidos. Descubierto el "tórax" los tegumentos mostrarán empeines, lesiones debidas al rascarse, trazas de revulsiones, de igno-punturas. La auscultación atenta del corazón y del pulmón, a través de una servilleta que cubra al mismo tiempo la cabellera, no deben descuidarse.

(b) He aquí ahora el "examen de los senos". Su volumen no tiene sino un valor secundario; a una enorme mama colgante debe preferirse un seno firme que al tacto muestre un grano glandular apretado bajo una piel recorrida por venas numerosas. Para ser correcto, el pezón debe ser saliente, de piel suave, sin trazas de erosiones, ni de fisuras, provisto de orificios en número suficiente. El trecho de los canales galactóferos dá una idea aproximada por su saliente de la riqueza secretoria del órgano.

Pronunciarse acerca de la calidad de la leche "ex abruto" en el gabinete, no sería sino hacer un simulacro, y ha pasado la época en que el médico se creía obligado a probar la leche de las aspi-

rantes a amas de cría; de más utilidad puede serle el recoger agunos centímetros cúbicos en una cuchara de plata, para apreciar por su opacidad la riqueza relativa en grasa del líquido examinado.

(c) Teóricamente, para ser completo, el examen debería continuar por la exploración de los órganos genitales. Perinés deteriorados, vulvas vegetantes o sifilíticas, vaginas metríticas son otras tantas comprobaciones que una gazmoñería tonta o la malquerencia de la nodriza, no permiten, de hecho, notar.

En su defecto, es necesario contentarse, estando la persona acostada sobre una silla de extensión, con la inspección o palpación del vientre, como para comprobar la evolución uterina. De paso, se examinarán los ganglios inguinales y después de ellos, los miembros inferiores. Acabado el conjunto de éstas minuciosas investigaciones, el médico puede formular opinión fundada. Es desfavorable a la pretendiente?

El deberá indicar suscintamente las razones de "su repulsa", sin darle jamás una forma poco cortés: al contrario, cada vez que esto sea compatible con la verdad, insistirá en los inconvenientes que puede presentar la crianza para la mercenaria.

Si la postulante llena todas las condiciones requeridas, el médico no ha llenado aún sino la mitad de su cometido. Después de haber indicado a ambas partes la posibilidad, desde el punto de vista médico, de verificar el contrato, favorable al niño, sin que, sin embargo, la nodriza tenga que sufrir menoscabo, ha llegado la hora de trazar, antes de todo, un "programa de existencia" regulado, que aceptado libremente por las dos partes, les sirva de compromiso mútuo.

(A) Serán pues especificado con claridad las grandes líneas del régimien alimenticio que se haya de seguir para evitar disputas ulteriores. En principio, será análogo al de los patronos o del oficio, la alimentación de la joven debe componerse, salvo variaciones oportunas, de una sopa espesa, un plato de carne o de pescado magro, seguido de un plato copioso de pastas alimenticias o de puré de legumbres, cuya acción galactógena es bien conocida; como postres, lacticinios, compotas de frutas cocidas azucaradas. Bebidas abundantes, de donde el alcohol bajo todas sus formas debe ser excluído cuidadosamente. Medio litro de vino por día debe bastar, convenientemente diluído en agua. Las supuestas virtudes de la cerveza no son defendibles, a lo menos a las dosis usuales.

Como prohibición, todos los alimentos tóxicos o de residuos odoríferos; caza, embutidos, pescados, grasas, coles, espárragos, ajos y quesos cocidos.

(B) Segunda en orden serán las recomendaciones relativas a las mamadas; su regularidad debe establecérse como una dogma; el grito del niño no debe ser jamás un pretexto para anticipaciones, sino que debe servir de advertencia para cambiarle de ropas si se ha ensuciado, recalentar sus ropas si están frías, o cualquier otro cuidado análogo. El valor de las tomas de leche será proporcionado al peso del niño, y como cada nodriza tiene un coeficiente personal de rapidez en la extracción, es por ensayos en los primeros días que se fijará la duración de las puestas al seno. Pues-

to en equilibrio el peso del niño, pesado antes de la tetada, luego se deducirá la ración de la sobre carga adicional necesaria para restablecer de nuevo la horizontalidad de los platillos.

(C) El "registro" del valor de la crianza será objeto de los últimos consejos.

(a) Es suficiente para el niño. Las pesadas semanales informarán a la familia sobre las ganancias diarias que serán comparadas con las cifras medias adoptadas por todos los autores. Como la sobrealimentación es el escollo habitual, se llamará la atención de las partes acerca de los primeros signos: deposiciones mal ligadas, verdosas, eritema de las nalgas.

(b) Es preciso en fin que el ejercicio de la profesión de nodriza no sea para esta causa de muy grande fatiga. Se le explicará què cuán conveniente le será pesarse una o dos veces al mes. Mientras que un peso constante o un ligero aumento es satisfactorio, una disminución por pérdidas sucesivas debe inducirle a renunciar a su colocación. Un salario elevado no podría jamás compensar los riesgos de una salud comprometida.

Tal es, en conjunto, el plan que se debe seguir por el médico cuidadoso de su responsabilidad, moral, al menos. Considerar simultáneamente los intereses de ambas partes. No hay necesidad de decir que su flexibilidad de clínico avisado, sabrá adaptarse a cada caso particular.

LOS PROBLEMAS DE LA DETERMINACION DEL SEXO.

Por el Dr. P. VIGNE.

El problema de la determinación del sexo ha preocupado los ánimos desde la más remota antigüedad y en todo tiempo ha dado lugar a las más variadas fantasías.

—"El primer documento que se tenga sobre esta materia, escribe M. Yves Delage, es el "Manava Dharnea Sastra", libro sagrado de los Indos, en donde se dice que la madre no es sino un campo en que el padre deposita una simiente y por ende el autor concluye contra la evidencia de que solo el padre se continúe en la prole."

Para Hipócrates, Galeno, Parméni des, "seministas" convencidos, el sexo de la criatura depende ya sea del grado de potencia del licor seminal, o bien de su origen. El testículo derecho engendra varones, el izquierdo las hembras. Basta pues con suprimir uno u otro de los testículos o de ligar su canal para crear a voluntad tal o cual sexo.

A Miguel Procope-Couteau que, por el año 1750, defendía aún esta teoría en su libro sobre el "Arte de hacer varones," Millot respondió con bastante razón: "No divorcieis con ninguno de vuestros testículos; guardad los dos; la sabia naturaleza ha hecho bien lo que ha hecho; nada nos ha dado de más".

Poco después, Millot exponía a su vez el "Arte de procrear sexos a voluntad", según el método "ovista". Para él todo depende de la posición de la mujer en el momento de la fecundación. ¿Se halla inclinada hacia el lado derecho? Tendrá un hijo. ¿Sobre

el costado izquierdo Tendrá una hija.

El Talmud, la Biblia atribuyen una importancia capital a la parte de placer experimentando por los genitores en el momento de la cópula. "Para tener varones, se dice en el primero de dichos libros, es preciso que la mujer desee ardientemente à su marido, como Lía deseó a Jacob."

Mme A. d'Oranovskaia está convencida de la veracidad de estas ideas. Recientemente (1900) ha tratado de demostrarlo por medio de observaciones y experiencias personales.

Citando como ejemplo sus propias impresiones, las de su marido, de su familia y de sus amigos, nos ha hecho saber que la ausencia de placer en los dos padres, en el momento de la fecundación, da un hijo; la ausencia en el hombre (ejemplo de su primo) un hijo igualmente; intensidad de placer mayor en la mujer (caso de su tía) un hijo; intensidad mayor en el hombre o ausencia de placer en la mujer, una hija.

En fin, como era de esperar, la influencia de la luna no ha dejado de ser invocada a su vez. Si una mujer alumbra a término mientras que la luna crece, en la preñez siguiente tendrá un varón; en caso contrario una hija.

* * *

En el dominio de la ciencia médica, son los documentos demográficos los que han prestado los primeros elementos serios de discusión.

Estadísticas, referente a un período de casi un siglo, nos han enseñado que, por regla general, el promedio de natalidad es más elevado para el sexo masculino que para el otro. En los embriones de tres a seis meses (comprendidos los abortos y los fetos que llegan a término) la proporción intermedia de varones ha sido de 160 por 100 hijas. Bien es verdad que el equilibrio se restablece ulteriormente, debido a una mortalidad mayor de varones durante la infancia.

Por lo demás, el promedio de la masculinidad experimenta, por periodos, importantes fluctuaciones. Las estadísticas suministradas por E. Von Baelz a la "Socété allemande d'Anthropologie," en 1912, los estudios de Worms sobre "la sexualidad en los nacimientos franceses" publicados en París en 1912, parecen indicar que en los países ricos, en las épocas de prosperidad económica, el número de nacimientos de varones disminuye al paso que se eleva el de niñas.

Podría, pues, admitirse una influenca del estado de bienestar en la madre, favorable a los nacimientos femeninos. Volveremos luego a ocuparnos de esta hipótesis.

Para aportar al estudio del problema alguna claridad nos es preciso, en efecto, abordarlo de otro modo, considerando las causas eventuales de determinismo del sexo en sus relaciones con la época misma de formación de este sexo, con la fecundación.

De este nuevo punto de vista, tres categorías de hipótesis se ofrecen entonces al examen, según que nos preguntemos si la determinación del sexo se efectúa después de la fecundación ("epigamia",) antes de la fecundación ("progamia") o en el momento mismo de la fecundación ("signamia").

La "doctrina de la epigamia" ha provenido, hace más de un medio siglo, de una serie de experiencias sobre unos lotes de orugas y de renacuajos en los que parecía que se pudo hacer variar el sexo a voluntad, reforzando o restringiendo su alimentación.

Estos hechos han sido después reconocidos erróneos ó sujetos a caución. No hay lugar, por consiguiente, para insistir de otro modo sobre este punto.

La "teoría progámica" reposa en datos más serios. Ciertas especies animales producen por ejemplo dos suertes de huevos de tallas muy diferentes; los más pequeños de estos huevos dan siempre machos, los grandes suministran hembras invariablemente. ¿Cómo explicar este fenómeno sino por un determinismo anterior al desarrollo del embrión?

También en la mayor parte de los animales que se reproducen por partenogenesis (abejas, avispas, hormigas), solo los huevos fecundados dan hembras; los otro dan machos exclusivamente.

La hipótesis progámica no se limita desde luego a declarar el sexo determinado de antemano en el huevo; admite también la posibilidad de hacer variar, en ciertos casos, la sexualidad, obrando sobre el óvulo, sea por acción directa, o bien indirectamente, por medio de toda causa capaz de ejercer influencia sobre la nutrición o el estado general de la madre.

Los datos estadísticos que acaban de enseñarnos que en los países ricos en período de bienestar, la cifra de natalidad de las hijas supera a la de niños vienen en apoyo de esta opinión.

Las consideraciones deducidas del estado de vigor físico de los padres, de la morbidez de los genitores, parecen hablar en el mismo sentido. Unas listas de estadísticas, conteniendo cada una sobre 2000 nacimientos, han convergido en esta conclusión conocida bajo el nombre de "ley de" Hofacker y Sadler: Cuando el padre es de más edad, la progenitura es masculina de una manera preponderante. Si los padres son de la misma edad y "a fortiori" si el varón es más jovén, la posterioridad es sobre todo femenina.

Un biologista ruso, Orchavsky, pretende obtener varones sometiendo la mujer a un régimen debilitante antes de la preñez.

Girou, experimentando sobre un lote de 300 ovejas, ha obtenido con 150 de entre ellas bien alimentadas y cubiertas por jóvenes moruecos una proporción de 60 por 100 de corderos hembras. Las otras 150, mal alimentadas, cubiertas por viejos moruecos no dan más que 40 por 100 de hembras.

La acción de los diversos agentes físicos ó químicos en sí misma ha podido ser invocada en favor de esta teoría.

Obrando sobre la madre antes de la fecundación, se ha dicho, ejercen su influencia favorable o no sobre su estado general, y por vía de consecuencia, sobre el estado de nutrición del óvulo.

En realidad es sobre todo por acción directa como parecen intervenir eficazmente.

Flammarion, en 1901, aumenta en las orugas la proporción de los machos sometiéndolos a la luz violeta y azul, desfavorable a la nutrición.

Wraski y numerosos piscicultores

acrecientan el rendimiento en machos de los huevos de trucha practicando la fecundación artificial en seco.

Pero, esto nos pone en presencia de influencias no ya anteriores a la fecundación, sino bien contemporáneas de este acto, y es por consiguiente a la tercera doctrina, la de la Singamia, con la que se relacionan lógicamente estas experiencias.

La hipótesis, según la cual el sexo se determina en el momento solo de la fecundación, tiene a su favor la lógica desde luego, pues parece difícil rehusar a los dos elementos sexuales una función perceptiblemente igual en esta determinación.

Ha sido corroborada, además, por numerosos antecedentes de observaciones. Podríamos citar en su favor, en primer lugar, el caso de los huevos de ciertos himenópteros que no pueden evolucionar hacia el sexo hembra más que por fecundación.

Pero es sobre todo por los trabajos de un botánico de Ginebra, Thury, por lo que se ha impuesto a la atención de los sabios.

Hury, hacia mediados de siglo último, puso en evidencia la función considerable que puede desempeñar en la evolución ulterior del huevo su grado de madurez en el momento de la fecundación.

El huevo que no ha alcanzado cierto grado de madurez, declaraba, si es fecundado da una hembra. Cuando es pasado dicho grado de madurez, el huevo fecundado da un macho.

Inemdiatamente antes o después de la madurez, el huevo atraviesa un momento indeciso ('momento de virada') durante el cual puede dar el uno o el otro sexo.

Estas proposiciones conocidas bajo el nombre de "ley de Thury" han parecido recibir desde luego una confirmación sensacional en la cría del ganado.

Un agricultor de Montet, M. Cornari, conformándose con estas indicaciones obtuvo a voluntad, en un ganado bovino, terneras o becerros. Barral anunció el mismo buen éxito con las ovejas la majada imperial de Gérolles (Côte d'Or.)

Las observaciones de Gleitz (1889), de Guiard (1903), las estadísticas recientes de Pearl y Parsheley (1913), referentes á 480 becerros, son no menos afirmativas.

En fin, las comprobaciones muy precisas de Hertwig (1907) y las de su discípulo Kuschatewitch (1910), sobre los batracios concuerdan plenamente también con los asertos del naturalista ginebrino.

Por el contrario, los ensayos realizados en la Escuela veterinaria de Lyon, los de Coste, sobre los mamíferos y las aves, están netamente en desacuerdo con los precedentes.

La regla de Thury debía naturalmente dar lugar a verificaciones experimentales en la especie humana. En los términos de sus principios, los coitos que preceden ó que siguen inmediatamente la menstruación deben dar hijas en mayoría y una mayoría de hijos para los otros casos.

Mr. Buissard, que se ha aplicado a

comprobar esta teoría por la clínica, afirma su buen fundamento.

No nos aventuremos a deducir de estos hechos conclusiones formales, aunque es preciso notar que la "ley de Thyry" no tiene cuenta alguna del grado de madurez de la célula sexual macho, cuya función sin embargo no es desperdiciable, luego lo diremos.

* * *

Un preparador de la Facultad de Ciencias de Lyon, M. Bonnet, acaba de llamar la atención sobre estas apasionadas cuestiones, consagrándolas una tesis de Medicina muy interesante (1) inspirada por su maestro el Profesor M. Koehler.

El autor de este trabajo inaugural divide su estudio en tres partes esenciales.

La primera es una crítica relación de las diversas influencias susceptibles de desempeñar una función en la determinación del sexo. Las cuestiones relativas a la nutrición del huevo ocupan un lugar importante.

M. Bonnet estudia enseguida de modo muy detallado y completo "la determinación del sexo en los animales de generación cíclica y de partenogénesis facultativa, la influencia de las diferentes especies de espermatozoides y de huevos y la función de los cromosomos sexuales en el determinismo del sexo.

Estos capítulos se dirigen más especialmente a los naturalistas, quienes hallarán en ellos una preciosa y abundante documentación.

Por mi parte solo quiero retener algunas notas sobre la concepción moderna de la función de los cromosomos en la constitución del sexo.

La célula sexual (óvulo o espermatozoide) es sabido experimenta, antes de la fecundación, un trabajo preparatorio de maduración. La cromatina nuclear se divide en fragmentos o cromosomos.

El número de estos cromosomos es siempre el mismo para una especie dada e igual, si se quiere, a 2 n. La maduración se traduce por la expulsión de la mitad de estos cromosomos. La fecundación termina con la reunión de la mitad restante de los cromosos de las células macho y hembra.

Más, en estas dos conexiones no hay, como se creyó por mucho tiempo, una constante equivalencia.

Mc. Clung, Wilson y sus discípulos, desde hace unos diez años, han descubierto que la mayor parte de los animales, si no todos, poseen en realidad dos suertes de espermatozoides muy diferentes para la constitución de su núcleo. En curso de las divisiones celulares que terminan por su constitución definitiva, algunos de estos espermatozoides adquieren un cromosomo accesorio designado bajo el nombre de elemento X. Este elemento nuclear parece ser determinante del sexo femenino; los espermatozoides que están privados de el engendrarán machos. Como la mitad poco más o menos de los espermatozoides poseen un cromosomo accesorio, se explica el estado de notable equelibrio entre los dos sexos.

En total, el sexo del huevo en vía de evolución parece depender sobre todo de la cantidad de cromatina que el núcleo macho ha aportado al núcleo hem-

bra, es decir, del número y de la naturaleza de los elementos suministrados por el espermatozoide.

El autor termina por una discusión sobre la época de la determinación del sexo, de que hemos hablado precedentemente, después de una notable exposición de las teorías generales más en relieve acerca del determinismo sexual.

Entre estas hipótesis, que constituyen el objeto de la segunda parte de su trabajo: "hipótesis de la autoregulación del sexo de Bugnion, hipótesis plasmática de Hertwing, hipótesis cromatinica," hay que retener sobre todo la "hipótesis mendeliana." Con varios ejemplos en apoyo M. Bonnet muestra como es posible aplicar los conceptos de la herencia mendeliana a la sexualidad; es suficiente para ello considerar el carácter "sexo" como un carácter cualquiera transmisible, según la ley de Mendel, de los padres a sus descendientes.

* * *

Paso por alto las otras partes de dicha interesante obra, pues que no abrigo la pretensión de reasumir en algunas frases cerca de 350 páginas de hechos científicos ya condensados.

M. A. Bonnet se excusa en su prefacio de presentar como tesis para el Doctorado en Medicina una obra más particularmente destinada a los naturalistas.

Que tenga a bien permitirme no compartir esta aprensión.

De toda evidencia, en el mismo momento en que se determina el sexo y por el mismo mecanismo que lo constituye, el embrión recibe los caracteres esenciales de herencia física y moral de que quedará impregnado durante su existencia.

¿Cómo, entonces, el estudio de las causas iniciales en virtud de las cuales esta transmisión se determina en tal ó cual sentido, podría no interesar en su más alto grado al médico?

La complexidad y la dificultad del problema no son para desanimarnos.

No hacen sino corroborar el estrecho parentesco de las ciencias zoológicas y médicas, y la importancia de los servicios recíprocos que pueden prestarse.

El Profesor M. Koehler, médico como es, se ha inspirado sin duda en este pensamiento al proponer a uno de sus discípulos de la Facultad de Ciencias este motivo de tesis médica.

Agradecémoselo en sumo grado y felicitamos á M. Bonnet por la manera muy concienzuda con que ha rsepondido a dicha útil iniciativa.

L'AVENIR MEDICAL.

(1) A. Bonnet.—Los problemas de la determinación del sexo.—Tesis de Lyon, 1894.

SOCIEDAD AMERICANA PARA LA RESTRICCION DEL CANCER.

New York City, 289, Fourth Avenue, Octubre 15.

Asociación Médica de Puerto Rico.
Dr. Jorge del Toro,
San Juan, P. R.

Querido doctor:

La Sociedad Americana, para la restricción del cáncer, desea estar en correspondencia con las varias asociacio-

nes análogas en las diversas Asociaciones Médicas de los diferentes Estados de la Unión.

Algunas de las Revistas de los Estados han prestado ayuda muy valiosa en el trabajo que esta Sociedad está llevando a cabo, por medio de artículos y editoriales de sumo valor. Incluso encontrará usted circulares indicando nuestro plan de campaña, y como usted verá, se ha recibido sanción oficial de todas las principales organizaciones médicas de este país. Si ustedes aprueban los fines y métodos de esta Sociedad, la cooperación de su Asociación y Revista serán altamente apreciadas.

Esta Sociedad al presente está creando Sub-Comités o buscando representación en cada estado, pero considera que es innecesario el crear nuevas agencias que dupliquen el trabajo de los Comités ya existentes. Al mismo tiempo, nos será un gran placer el cooperar con las organizaciones ya establecidas y con tal motivo pedimos a usted nos informe de si tales agencias existen en su pais.

Dando a usted las gracias anticipadas por cualquiera informe acerca del "status" de la campaña contra el cáncer en su país, quedo de usted,

Respetuosamente,

Curtis E. LAKEMAN,
Secretario Ejecutivo.

LA SOCIEDAD AMERICANA PARA LA RESTRICCION DEL CANCER.

DATOS ACERCA DEL CANCER.

SU FRECUENCIA.

El cáncer ocupa el segundo lugar después de la tuberculosis entre las causas de muerte, y como azote de la raza humana.

Ocurren 75,000 muertes anualmente a causa de esta enfermedad en los Estados Unidos.

Tarde o temprano lo padecerá una mujer de cada ocho, y un hombre de cada doce que hayan pasado la edad de cuarenta y cinco años.

SUS VICTIMAS.

El cáncer no respeta raza, credo o posición social.

Es el enemigo común de toda la humanidad, atacando lo mismo a príncipes que a mendigos, emperadores o campesinos.

Se desarrolla en el período más útil de la vida, en la edad en que el cuidado y vigilancia de los niños, y las responsabilidades en los negocios hacen de la madre y del padre los elementos más útiles de la sociedad.

SU NATURALEZA.

El cáncer es principalmente una enfermedad local. Se puede curar cuando es reconocido, y operado por un cirujano competente temprano en el curso de la enfermedad.

Es incurable en sus últimos estados. Solamente por ignorancia y negligencia, esta enfermedad mata más del 90 por 100 de aquellos a quienes ataca. Extendiendo un mensaje nacional de esperanza y haciendo una apelación sincera a toda las gentes q. piensan, para que ayuden a que se reconozca la necesidad de un pronto reconocimiento y de un tratamiento adecuado, la Sociedad Americana para la restricción del cáncer dirigirá una campaña para detener los estragos y reducir el aumento cons-

tante de muertes por esta terrible enfermedad.

FINES.

Diseminar conocimientos concernientes a los síntomas, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer, investigar las condiciones bajo las cuales se encuentra el cáncer y copilar estadísticas con respecto a esta enfermedad.

ORGANIZACION.

La Sociedad Americana para la restricción del cáncer fué iniciada en Mayo de 1913 y definitivamente organizada en la ciudad de Nueva York un mes después.

Toda clase de personas y los doctores especialmente están interesados en los fines de la Sociedad; y un número de señoras de Nueva York incluyendo Mrs. Russell Sage, Mrs. Frederick W. Vanderbilt, Mrs. James Speyer, Mrs. H. Winthrop Grey, Mrs. John E. Parsons, Mrs. John D. Rochefeller, Jr. Mrs. William Rochefeller, Mrs. George C. Clark, Mrs. Robert G. Mead, Mrs. Thomas W. Lamont, Mrs. Otto Kahn, Mrs. Morris K. Jessup, Mrs. Anson Phelps Stokes y muchas otras señoras filantrópicas, están dando al movimiento su más activa cooperación.

ENDOSOS.

Además del endoso de la Sociedad Ginecológica Americana y de la Sociedad Quirúrgica Americana, los fines por los cuales la Sociedad Americana para la restricción del cáncer fué organizada, han sido aprobados por otras asociaciones nacionales especiales en materia de cirugía y en otros sujetos, q. se reunen regularmente como cuerpos constituyentes del Congreso Americano de Médicos y Cirujanos. Estas sociedades tienen un número limitado de socios, de cincuenta a cien, de los más famosos en varias especialidades.

La Asociación Médica Americana, la más grande y de más representación de nuestras asociaciones nacionales de Médicos, que cuenta entre sus miembros de treinta á cuarenta mil Médicos, endosó la Sociedad Americana para la restricción del Cáncer por votación de su Cámara de Delegados en la primavera del 1913.

El Congreso Clínico de Cirujanos de Norte América, compuesto de cerca de cinco mil cirujanos, en un mitin en Chicago en Noviembre 14, de 1913, adoptó una resolución prometiendo ayude leal a la nueva Sociedad, expresando confianza en sus directores, y recomendado sus esfuerzos a la gente pensadora en todas partes.

En Diciembre 1913, la Sociedad Quirúrgica del Oeste en un mitin llevado a cabo en San Luis, y la Sociedad Quirúrgica del Sur y de Ginecológica reunidas en Atlanta, adoptaron una resolución similar.

METODOS Y PLANES.

La Sociedad tiene en proyecto una campaña de publicidad y educación por todas partes, semejante a la Asociación Nacional para el Estudio y Prevención de la Tuberculosis. La Sociedad Americana para la restricción del Cáncer por sí misma no llevará a cabo trabajo médico de investigación o de mantener hospitales o instituciones. Su primer objeto es la prevención del cáncer, educando al público en la necesidad de un pronto diagnóstico y tratamiento competente. La Sociedad se propone establecer una casa de infor-

mación con referencia al cáncer, recojer estadísticas, buscar informes de los Hospitales y dar a la publicidad informes autorizados basados en el estudio de toda la información obtenida.

LO QUE DEBE SABER ACERCA DEL CANCER.

En el tratamento temprano del cáncer descansa la esperanza de la cura.

LA NATURALEZA DEL CANCER.

SU PRINCIPIO.

El cáncer es casi invariablemente al principio una enfermedad local.

Se cura fácilmente si se reconoce temprano, y es de una vez erradicado por un tratamiento competente.

Es prácticamente incurable en sus últimos estados.

LOS SINTOMAS Y SIGNOS PELIGROSOS.

La enfermedad comunmente empieza en su sitio enfermo o en algún punto de irritación "local". En el cáncer externo hay algo que puede verse o sentirse; por ejemplo una verruga.

El dolor se siente muy raras veces.

El cáncer profundo es a menudo reconocido por síntomas antes que el tumor haga su aparición o pueda ser sentido. Indigestión persistente, con pérdidas en el peso y cambio de color, son síntomas casi siempre sospechosos.

Una descarga abdominal y persistente de cualquier parte del cuerpo debe ser sospechosa de cáncer, particularmente si la descarga es sanguinolenta.

Los estados más tempranos del cáncer en los cuales hay esperanza de cura, son casi siempre indoloros.

LA CURA DEL CANCER.

LO QUE USTED DEBE HACER.

Tema el principio del cáncer.

Nunca tenga miedo de conocer la verdad.

Cualquiera masa sin dolor o abración que apareciere en su cuerpo debe ser examinada por su médico. Una vez que el cáncer se hace doloroso la mejor oportunidad para su cura ha pasado.

Pero más aún, un cáncer doloroso puede ser removido permanentemente si no se ha extendido demasiado lejos del sitio por donde empezó.

SOMETASE A UN EXAMEN TEMPRANO.

Si usted nota que una verruga, masa o cualquier otra marca empieza a dar señales de irritación o cambia en apariencia, vaya a ver un médico y haga que sea completamente removida. No espere hasta cuando usted esté ya seguro de ser un canceroso.

Todas las masas tumorosas que apareciesen en el pecho deben ser examinadas. En las mujeres el cambio normal de vida no conduce a aumentar el flujo vaginal; si éste aumentara, se hace sospechoso, y aún más, si las reglas vuelven después de haberse retirado.

LAS MEDICINAS SON INNECESARIAS.

La medicina que alivia el dolor no tiene ningún efecto curativo en la enfermedad; simplemente produce un período de cesación de malestar al paciente y por lo tanto retrasa el verdadero tratamiento.

EL RADIO Y EL CANCER.

LIMITACION DEL RADIO.

Según la opinión de las autoridades más competentes, los efectos curativos del radio son prácticamente limitados hoy en día al cáncer superficial de la piel, y a los crecimientos superficiales

de las membranas mucosas y a ciertos tumores de los huesos, etc., que no son muy malignos. El radio probablemente ha probado ejercer un efecto definitivamente curativo en algunos de éstos casos, mientras la enfermedad está localizada y en sus estados tempranos.

El radio definitivamente alivia el sufrimiento cuando se usa en los estados avanzados de los casos de cáncer profundo; pero en éstos casos mejora solamente la parte visible, sin ejercer su efecto sobre la enfermedad en general. Se cree que aún no hay pruebas suficientes para demostrar que el radio haya curado definitivamente algún caso avanzado y extenso de carcinoma.

FALSIFICACION DEL RADIO.

El público debe estar prevenido en contra de los establecimientos deshonestos y falsificadores en la venta del radio, conducidos por individuos que poseen pocos ó ningún radio, y no tienen conocimiento de su uso.

Estas gentes prometen curas, pero están en realidad incapacitadas para obtener ni aún los beneficios paliativos que son posibles con el uso del radio.

Los mejores resultados en la terapéutica del radio se pueden asegurar solamente cuando se pueden obtener cantidades comparativamente grandes para su uso, y al presente la cantidad, limitada en el mundo, de este metal, lo pone fuera del alcance de la gran mayoría de los pacientes.

LA PREPONDERANCIA DEL CANCER.

UNA AMENAZA PARA EL INDIVIDUO.

El cáncer es más frecuente después de los cuarenta años que la tuberculosis, pulmonía, fiebre tifoidea o trastornos de la digestión. Después de la edad de cuarenta años, una persona de cada once muere de cáncer.

Por cada ocho mujeres y por cada catorce hombres uno de más de cuarenta años de edad son atacados respectivamente por esta enfermedad con resultados fatales.

Mayormente por ignorancia y descuido, el cáncer resulta ahora fatal en más del 90 por 100 de los atacados.

UNA AMENAZA PARA LA NACION.

De las 75,000 muertes causadas por esta enfermedad en los EE. UU. en el 1913, cerca de 30,000 fueron muertos por cáncer del estómago y del hígado, 12,000 por cáncer del útero y otros órganos de la generación, 7,500 por cáncer del pecho, y cerca de 25,500 por cáncer de otros órganos y partes del cuerpo.

UNA AMENAZA A LA SOCIEDAD.

El cáncer no respeta ni razas, ni credo, ni posición social.

Es el enemigo común de toda la humanidad, atacando lo mismo a ricos que a pobres.

Empieza generalmente durante el período más útil de la vida; y la muerte es más común en aquella edad en que la atención y cuidado de los niños y el sostenerse en las ocupaciones respectivas hacen de la madre y del padre los miembros más útiles de la sociedad.

LA RESTRICCION DEL CANCER.

UN MENSAJE DE ESPERANZA.

La única cura para el cáncer es remover radicalmente la enfermedad.

El único medio seguro de hacer ésto, es por una operación quirúrgica.

Si se hace desde un principio, la mayoría de los casos de cáncer son curables.

Todos los casos terminan en muerte si se dejan abandonados a si mismos.

Los informes de nuestros mejores hospitales prueban que las oportunidades para curar son muy grandes con una operación temprana, y que estas oportunidades disminuyen con cada día de tardanza.

Un diagnóstico precoz es por lo tanto de suma importancia.

UNA CAMPAÑA NACIONAL.

La Sociedad Americana para la Restricción del Cáncer estudiará los informes de los diversos hospitales y extenderá a todas partes de la nación un mensaje de aliento y de esperanza fundado en un reconocimiento temprano y en una pronta operación.

Publicando circulares y artículos en los periódicos y magazines, y organizando conferencias y mítines públicos, esta sociedad está llevando a cabo una campaña general de educación, basada en los últimos conocimientos acerca de la enfermedad.

Gente pensadora y de influencia pueden ayudarnos en este trabajo uniéndose a la Sociedad. Escriba a esta oficina, 289, Fourth Avenue, New York City, para más información.

Traducido para El Boletín de la A. M.

LA HISTORIA DE MRS. HARRISON, POR A. S. G. G.

I

La señora de Juan Harison se miraba frente a su espejo de vestir.

Sonreía con la satisfacción de una señora de experiencia pensando en una comida con que su esposa obsequiaba a tres de sus amigos de negocios y a sus esposas. La conversación versaba acerca de viajes y juegos del verano, que hacía poco había pasado, y discusión acerca de planes para la venidera estación del año.

La clase de "frescos" de Harvard, y la escuela de niñas de Virginia habían permitido a los esposos Harrison libertad doméstica completa por primera vez desde su casamiento había veinte años.

Al levantar sus brazos para arreglarse una cinta, algo notó la señora Harrison en el contorno de su pecho; lanzó una pequeña exclamación al pasar las manos ligeramente sobre el sitio afectado.

Seguramente, ella debía estar equivocada. Pero, nó, había sentido distintamente una masa dura y firme que podía mover fácilmente; la piel que la cubría tenía una tendencia a moverse con la masa en vez de moverse de una manera normal. No había ni mancha, ni el más ligero dolor.

Lillian Harrison era una mujer de talento e inteligencia, pero el descubrimiento la intranquilizó. El tiempo que élla había tenido el pequeño tumorcito no podía carcularlo, mas allí estaba, y sus invitados pronto llegarían.

No importa lo que sucediese en el futuro, élla tendría que soportar bravamente la noche.

NOTAS TERAPEUTICAS.

El lavado del estómago en el tratamiento de la dilatación aguda de este órgano, está considerado como uno de los de más valor terapéutico, entre los muchos conocidos para combatir esta dolencia.

En los casos muy graves, como aquellos que se presentan en el curso post operatorio, se puede lavar el estómago cada tres horas usando 500 c.c. de solución salina para cada lavado, disolviendo en ésta cantidad de solución, dos onzas de leche de magnesia.

Este tratamiento llevado con regularidad por varios días cuando las circunstancias así lo exijan, es de los más eficientes para conseguir un buen éxito. Desde luego que además del lavado de estómago hay que recurrir a los demás medios que la teraéutica aconseja en el tratamiento de la atonía aguda del estómago.

REUNION MENSUAL DE LA A. M. DEL DISTRITO DE SAN JUAN.

La A. M. del Distrito de San Juan celebró la sesión correspondiente al mes de Noviembre, en la noche del jueves 12 del actual. El doctor Francisco del Valle Atiles presentó la historia de un caso típico de edema angioneurótico, haciendo algunas consideraciones pertinentes al caso y citando bibliografía concerniente a la enfermedad.

El doctor J. Monagas corroboró los puntos de vista del disertante, refiriendo casos de igual naturaleza observados por él. Entiende el doctor Monagas que cuando los edemas se circunscriben a las extremedidades, desaparecen más rápidamente con el mensaje seguido de la compresión por medio de un vendaje apropiado. El sencillo masaje en regiones en donde no es posible aplicar vendajes, facilita la reasorción.

El conferenciante no duda de que otros compañeros hayan tenido la ocasión de observar el edema angioneurótico antes de ahora; pero no recuerda que se haya llamado la atención profesional, hacia la existencia de la enfermedad de Quincke como una de las que forman parte de nuestra patología insular

ASAMBLEA DE LA A. M. DE PUERTO RICO.

La Asamblea anual de nuestra Asociación tendrá lugar en los Baños de Coamo en los días 12 y 13 de Diciembre. Ella promete ser muy interesante por los asuntos que allí se tratarán.

En nuestro número próximo daremos cuenta detallada de cuanto se decida en la referida Asamblea.

AÑO X. DICIEMBRE 1914. NUM. 105

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL PUBLICACION MENSUAL

Suscripción por un año $5.00
Número suelto 0.25

Para más informes, diríjanse la correspondencia y anuncios al Editor.

De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica.

Redacción: Luna 41. Box 1306. San Juan, Puerto Rico.

Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

--1915--

Presidente: Dr. Pedro Gutierrez Igaravidez, San Juan, P. R.

Vice Presidente: Dr. M. de la Pila Iglesias, Ponce, P. R.

Tesorero: Dr. Jacinto Avilés, San Juan, P. R.

Secretario: Dr. José S. Belaval, San Juan, P. R.

CONSEJO

Dr. Francisco del Valle Atiles, San Juan, P. R.

Dr. Manuel Quevedo Báez, San Juan, P. R.

Dr. Bailey K. Ashford, San Juan, P. R.

Editor del Boletin: Dr. Francisco del Valle Atiles,

San Juan, P. R.

SUMARIO

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO X. DICIEMBRE 1914. NUMERO 105

LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

POR EL DR. F. DEL VALLE ATILES.

Acaba de celebrarse la Asamblea Anual de la Asociación, de cuya importancia hablan elocuentemente el número de médicos que le dieron auge con su presencia al acto, y los trabajos que, ya en el orden puramente científico, ya en el orden administrativo, fueron realizados en ella.

En el presente número del "Boletín" damos cuenta de dicha Asamblea, lamentando, con el Dr. Vélez López en carta que dirigiera a la Asamblea, que la Asociación no cuente como socios al número total de médicos residentes en la Isla.

Es de esperar que cese esta indiferencia por una Asociación cuya finalidad es tan elevada, y a la que todos debiéramos dar, por patriotismo y entusiasmo profesional, nuestra cooperación más decidida.

La Asociación Médica de Puerto Rico debería reunir en su seno a todos los médicos que practican en la isla; pues, todos deberíamos estar interesados en extender el prestigio científico de la clase a que pertenecemos, hasta los límites más elevados a que podemos llevarlo, si así lo queremos.

Todo es cuestión de acallar cualquier motivo de disgusto personal; y en aras de un propósito firme y grande, de un espíritu científico ageno a toda otra consideración unidos, presentemos a la ciencia nuestra ofrenda, a fin de que la nota de los médicos puertorriqueños no se eche de menos en el movimiento científico-mundial.

NOTAS CLINICAS

POR EL DR. MANUEL GUZMAN RODRIGUEZ

Trabajo leido en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, celebrada en los Baños de Coamo en los días 12 y 13 de Diciembre de 1914.

En "El Campesino puertorriqueño", obra del Dr. don Francisco del Valle, premiada por el Ateneo de San Juan, el año 1886, tratando de las enfermedades del país, encuentro esta afirmación:

"Puede asegurarse que todas las enfermedades que en Puerto Rico se padecen, principalmente entre los campesinos, se relacionan con el paludismo: cuando él no las constituye, a lo menos las complica".

En un magnífico artículo: "Estudios sobre la fiebre tifoidea en San Juan", publicado por el Dr. García de Quevedo, en el "Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico", que establece el grupo si las tifoideas complicadas con paludismo y en la anterior afirmación del Dr. del Valle, he visto confirmadas mis observaciones sobre la fiebre tifoidea, en esta Isla; observaciones hechas en 27 años de contínua labor, en Añasco, Rincón, Mayagüez, Ponce, Las Marías, Coamo y Santa Isabel, poblaciones donde he ejercido durante más o menos tiempo.

En el mismo interesante trabajo del Dr. del Valle, se lee esta otra afirmación:

"La fiebre tifoidea reviste caracteres especiales, que han dado lugar a que se niegue por inteligentes médicos su existencia en Puerto Rico, y que por por otros se la llame tifoica para reconocer sus caracteres tíficos sin declarar que sea la verdadera tifoidea; no es este el sitio de discutir si son o no legítimas tifoideas todas las pirexias de larga duración con síntomas atáxicos y adinámicos que en esta isla se observan; pero no puede negarse que la tifoidea, aunque rara, existe en el país".

Este criterio médico, de que trata el Dr. del Valle, reinaba en Puerto Rico, cuando yo empecé a ejercer, a fines de 1887.

Aún recuerdo que el Dr. Domínguez, médico renombrado, negaba, en aquella época, la existencia de la fiebre tifoidea en el país, diciéndome que, en autopsias practicadas en cadáveres de enfermos del Hospital de Mayagüez, diagnosticados de fiebre tifoidea, nunca se había encontrado la ulceración en las placas de Peyero.

El Dr. Audinot, competente clínico de la misma época, en una consulta celebrada conmigo, para un enfermo diagnosticado por mí de fiebre tifoidea, me aseguró, con mucho aplomo, que era un caso de tifus-malaria y que él, todas las fiebres de igual clase las curaba con purgantes y quinina.

Recién salido yo de las aulas, no me atrevía a contradecir a tan eminentes compañeros; pero interiormente seguía afirmando mi diagnóstico de fiebre tifoidea, porque todos los casos que veía eran idénticos a los por mí observados, siendo estudiante, en el Hospital de Santa Cruz, de Barcelona.

Después de algunos años de práctica, un médico inteligente, que hoy está al frente del Laboratorio insular, el Dr. González Martínez, al empezar la epidemia de fiebre tifoidea, que, en Mayagüez, produjo un número regular de defunciones, me aseguró que no se trataba de la verdadera fiebre tifoidea. Poco después, al desarrollarse la epidemia, y al ser nombrado en comisión por el Gobierno, para el estudio de la misma, rectificó el juicio anterior, tras detenidos experimentos y observaciones bacteriológicas, afirmando, en su informe, la existencia de la tifoidea, propiamente dicha.

Sentí una gran satisfacción al ver confirmados mis diagnósticos por autoridad competente; pero la sugestión de los primeros tiempos, la afirmación del Dr. Domínguez, el diagnóstico de tifus-malaria y la terapéutica del Dr. Audinot y mis propias observaciones me inclinaban a ver, en la mayoría de los

casos, la complicación palúdica agravando los de fiebre tifoidea. Y en todos usaba la medicación químnica, siguiendo, por otra parte, el criterio clínico de Jaccoud, de Dujardin Beaumetz y otros maestros que daban quinina en las fiebres tifoideas.

Más parco en esta terapéutica he sido desde que el microscopio empezó a conquistar la confianza de los clínicos del país, y desde que, de San Juan, nos envían, por correo, el diagnóstico de los casos dudosos.

En muchos de mi práctica, he observado que, al principio de la infección, tenían fiebres francamente intermitentes y algunos de ellos también las tenían, al final de la infección; fiebres de marcada intermitencia, que a veces se sostenían días y días y otras parecían obedecer a la medicación químnica.

Siempre recuerdo un caso en el que tuve que intervenir, a última hora, en unión de otro compañero, que ya no existe, el Dr. Basora.

El Dr. don Ramón A. Muñiz, médico que también ha fallecido, y que ejerció en Añasco, empezó a asistir a un enfermo en un barrio rural de aquel pueblo, en la proximidad de terrenos pantanosos.

Aunque, según él, la enfermedad tenía todos los caracteres de la fiebre tifoidea, administró la medicación químnica durante la primera semana, que asistió al paciente.

Al principio de la segunda semana, la familia del enfermo encomendó la asistencia al Dr. Moreu, que entonces residía en Cabo Rojo y que abandonó sus faenas de hacendado de caña, para atender al enfermo, su antiguo cliente.

Ignoro el diagnóstico del Dr. Moreu. Por el farmacéutico de la ciudad, don Rafael Arrillaga, que me enteró de la medicación, supuse que el compañero trataba el caso como fiebre tifoidea; pues la base de su terapéutica era el sostenimiento de fuerzas generales y cardíacas, y el uso de defervescentes y evacuantes..

A los veinte y tantos días de tratamiento, estando el Dr. Moreu en la casa del enfermo, debió sorprenderlo, según mis informes, un acceso de fiebre perniciosa, de forma álgida, que combatió victoriosamente con la medicación químnica, por la vía hipodérmica.

Después de este acceso, siguió la fiebre su curso anterior y empezó la declinación al cuarto septenario, quedando el enfermo, cuando el compañero se retiró, pues lo reclamaban sus intereses en Cabo Rojo, con fiebres vespertinas de medio grado. Pero antes de abandonar la casa del paciente, aconsejó a los familiares, que, en caso de que la fiebre volviera a ascender, llamaran al médico más cercano. Su previsión fué justificada. Algunos días después, ya oscureciendo, empezó a subir la fiebre gradualmente y, a las dos de la madrugada, estaba el enfermo con 41° y en estado comatoso. A aquella hora solicitaron mi asistencia, y mandaron a buscar al Dr. Moreu, a Cabo Rojo y al Dr. Basora, a Mayagüez. Yo llegué el primero y, aunque desesperanzado, inyecté dos gramos de bromhidrato de quinina soluble al enfermo. Media hora después llegaba el Dr. Basora y le inyectó otro gramo de sal quínina, mas no fué posible sarvarlo. El paciente murió, y este es el caso de hipertermia

más notable, que he observado con 42°.

Este, indudablemente, fué un caso de infección tifódica complicado con paludismo.

Con los Drs. Vadi y Monagas asistí otro caso parecido, en un rico propietario de Añasco, que falleció en Mayagüez, caso que vieron también los Drs. Gaudier y Font y Guillot. El Dr. Monagas, que empezó a asistirlo, le propinó algunas dósis de quinina en la primera semana. Cuando empecé a verlo, en unión de los compañeros citados, insistí en la medicación químnica, que los compañeros juzgaron innecesaria, por estar ya manifiesto el caracter tifódico de la infección. Al final de la cuarta semana bajó la fiebre a 37°, 3 décimas. —Yo me retiré, pues el enfermo se negaba, hacían días, a toda medicación, y quedaron los Drs. Vadi y Monagas asistiéndolo.

Como si se tratara de una recidiva, al día siguiente subió la fiebre a 38°, y siguió su curso la infección, creo que tres semanas más, hasta que murió el paciente. En este segundo período la fiebre subió hasta 41°, y mis compañeros recurrieron a la medicación quínica por la vía hipodérmica.

Otro caso asistí, en un joven de 18 años, que vieron conmigo los Drs. Jiménez Nussa, González Martínez y Martínez Guasp. Todos diagnosticamos fiebre tifoidea. Yo usé, siguiendo a Jaccoud y a Dujardin-Beaumetz, la medicación quínica, durante casi todo el tratamiento. Al final de la cuarta semana vino la declinación y, durante varios días más, padeció el enfermo de fiebres intermitentes de menos de un grado. Una semana después cesaron estas fiebres, y después de otra semana, cuando ya el enfermo empezaba a tomar sopas, sufrió una recaida, que le duró dos semanas más, durante las cuales lo asistí en consulta con el Dr. Martínez Guasp, y también usamos la medicación quínica, por el caracter intermitente de las fiebres.

Estos casos, que cito, y otros que pudiera citar, confirman la opinión, que, hace 28 años, sostenía el Dr. don Francisco del Valle, en las páginas de "El Campesino puertorriqueño", y la que, no hace mucho tiempo, propagó el Dr. García de Quevedo, en su artículo sobre "La fiebre tifoidea en San Juan"; y me inclinan a afirmarme en mi criterio de que la medicación quínica no debe abandonarse, en el tratamiento de las fiebres, aunque presenten el cuadro de la fiebre tifoidea, por temor a una sorpresa, como en el caso tratado por el Dr. Moreu. A menos que tengamos la absoluta seguridad de que solo el bacilo de Eberth es el causante del proceso morboso; seguridad, que no siempre podemos tener, apesar de la eficaz ayuda del Laboratorio Insular, los que vivimo sen poblaciones distantes de San Juan y cuando las muestras de sangre no llegan en condición satisfactoria, para su examen, al Laboratorio.

Estas notas traídas aquí por complacer al compañero Malaret Jr., que me excitó a presentar un trabajo a esta Asamblea, no tienen, como véis, la pretensión de enseñar nada ni de exponer nuevos puntos de vista, en el campo de la diagnósis y de la terapéutica. Son más bien apuntes de mi práctica y observaciones recogidas de casos vistos, en épocas en que aún se dudaba, en

Puerto Rico, de la fiebre tifoidea; apuntes, que solo tienden a corroborar la opinión de los distinguidos compañeros citados y de otros, que han estudiado las fiebres, por ellos tratadas, como complicaciones de la infección eberthiana con la producida por el hematozoario de Laverán.

ALGUNAS OBSERVACIONES

SOBRE LA PRACTICA DE LA OBSTETRICIA EN PUERTO RICO.

POR EL DR. JOSE S. BELAVAL.

Trabajo leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico celebrada en los Baños de Coamo en los días 12 y 13 de Diciembre. de 1914.

Señores:

Desde que comencé mi práctica profesional en Puerto Rico, he asistido, con muy raras excepciones, a todas las asambleas de la Asociación, y he escuchado brillantísimas disquisiciones en casi todas las ramas de la medicina; disquisiciones, que han demostrado de una manera clara, la elevada cultura y profundos conocimientos de los ilustrados disertantes. Extraña, sinembargo, que no nos hayamos ocupado nunca de una rama de aplicación tan constante y necesaria como la Obstetricia. ¿Es acaso que ella no presenta interés científico a la profesión? ¿O será quizás que por lo común y rutinario de su práctica, no nos hemos detenido a concederle la importancia a que es acreedora? Paréceme más probable esto último, porque en todos los órdenes de la vida es natural que llame menos nuestra atención, aquello con que más familiarizado nos encontramos. Esto, me ha inducido a hacer aquí algunas observaciones sobre su práctica en Puerto Rico; observaciones que tengo el honor de exponer ante mis distinguidos compañeros, no con la pretensión de enseñaros nada nuevo, sino con el objeto de someterlas a vuestra sana crítica, y aportar así mis escasos recursos intelectuales en pro del mejoramiento y adelanto de esta rama de la medicina. La obstetricia constituye hoy en día uno de los estudios más importantes en los colegios médicos modernos, y, aunque me sea duro confesarlo, en Puerto Rico no ha seguido a la par con el progreso de las otras ramas de la medicina y cirujía.

La práctica de la obstetricia en Puerto Rico es importante socialmente, por que debemos comenzar por educar al público generalizando los conocimientos necesarios al objeto, ya por medio de conferencias públicas, ya trabajando persistentemente en el hogar de nuestros amigos y de nuestra clientela par-

ticular, y en donde quiera que nos sea dado vulgarizarlos.

Claro es, que como en toda obra educativa, hemos de luchar contra los prejuicios trasmitidos de madres a hijas, de generación en generación, y sólidamente arraigados en sus cerebros como patrimonio hereditario. Desgraciadamente, estos prejuicios han costado y aún cuestan muchas víctimas a la humanidad, y es obligación de nuestra clase médica arrancarlos, y destruirlos, hasta que no quede huella alguna de ellos. Precisa a todo costo convencer a nuestras mujeres lo mismo ricas que pobres, que la preñez apesar de ser una función puramente fisiológica en la raza humana sin embargo, por causa del medio ambiente en que vivimos, la educación, las modas, las exigencias sociales cada vez mayores de la civilización moderna, etc., etc., han hecho que aquella función puramente natural pueda llegar a ser patológica, o a complicarse con procesos patológicos de gran morbidez. Precisa convencer a nuestras mujeres del peligro que inconscientemente corren durante éste período de su vida, y que todas ellas desde el momento de la concepción deben necesariamente ponerse bajo el cuidado de un facultativo inteligente; quien habrá de dirigirlas con previsión por el escabroso sendero que han de atravezar durante los siguientes nueve meses; así, y solo así, podría el médico advertir cualquier cambio patológico perjudicial a la marcha fisiológica de aquel embarazo y evitar muchas de esas catástrofes, que rápida e inadvertidamente arrebatan la vida de una madre y llenan de dolor a una familia entera.

Cierto es, que con frecuencia oiremos decir a las madres antiguas, firmes mantenedoras de sus prejuicios y costumbres, "que ellas jamás necesitaron del médico ni en sus embarazos ni en sus partos", pero con toda seguridad, compañeros, si las interrogásemos cuidadosamente; si indagásemos un poco en las historias de los embarazos y partos de las buenas señoras que así hablan y tal creen, encontraríamos que ellas mismas habían sufrido alteraciones de su salud durante sus embarazos, que aún quizás pusieron sus vidas en peligro, y pudieron evitarse habiendo estado bajo el cuidado de un facultativo discreto. Igualmente las encontraríamos sufriendo desviaciones de sus órganos genitales, o síntomas secundarios a infecciones antiguas de los mismos, y que no son otra cosa, que las secuelas de las inevitables laceraciones perineales de múltiples alumbramientos, realizados sin la inteligente cooperación de un médico que protegiese aquellos perinees, o que los reparase caso que las laceraciones fuesen ineludibles.

Estas preocupaciones tan comunes en las señoras, parece que no dejan de influir en algunos compañeros que por timidez, o por no ir de frente contra las tales preocupaciones, se someten al papel algo desairado de asistir a un caso de parto, cómodamente sentados en la sala de la parturienta esperando con tranquilidad que la comadrona avise si le ha de necesitar o no; es decir, fiando a aquella mujer, por lo regular ignorante, nada menos que el diagnóstico de las distocias y accidentes del parto.

No es necesario protestar ante esta

compañía de tal costumbre; todos hemos de considerarla cuando menos desairada para el médico que la acepta y muy perjuidicial a la salud de la parturienta. ¿Permite acaso el cirujano que el practicante le diga que ha llegado el momento de intervenir quirúrgicamente en un caso de apendicitis? ¿Espera el clínico que la enfermera le avise el momento propicio de una indicación terapéutica? No, pues del mismo modo señores, y por las mismas razones, no es lógico, ni científico, que el comadrón responsable del parto tan pronto penetra en la casa, consienta bajo ninguna excusa, conducir el alumbramiento por el solo informe de la comadrona, sin antes haber examinado su enferma y convencídose del estado normal de la misma y del feto.

Hay que convenir que muchas veces las Sras. impulsadas por un explicable sentimiento de pudor, se oponen a que el médico las examine; pero en estos casos si el facultativo no puede convencer con lógicas razones a la parturienta y sus familiares de la necesidad de hacer el examen, debe, cortés pero firmemente rehusar la posición ridícula que se le ofrece, y no aceptar aquella responsabilidad que redundaría en perjuicio de su buen nombre profesional. Sinembargo, muy raros han de ser los casos en que tengamos que llegar a tales extremos; nuestra clientela va educándose poco a poco, va compenetrándose fácilmente de los peligros que trae consigo un alumbramiento y reclama con más frecuencia cada día los auxilios del médico. Yo no he encontrado todavía ninguna parturienta por ignorante que fuese quien después de haberle explicado la necesidad de un examen lo haya rehusado rotundamente, por el contrario, más o menos pesarosa todas se han sometido a él.

Hemos de tener en cuenta, que en ninguna otra ocasión es la responsabilidad del médico tan grande como lo es en un caso de parto; en ninguna otra ocasión están pendiente de su pericia y habilidad en una misma intervención, las vidas de dos seres humanos; y sin embargo, es él, el comadrón, el que tiene que arrostrar esta gravísima responsabilidad las más de las veces sólo o con ayuda deficiente.

Recordemos que la misión del médico hoy día, no es ya únicamente la de aliviar los sufrimientos físicos y curar las enfermedades, sino la más elevada aún, más moral, de prevenirlas y evitarlas. Así pues, es reprochable q. un comadrón deje a una primeriza llegar al parto como frecuentemente sucede, sin haberle hecho un riguroso examen previo; él debe tener la certeza de que su caso es normal, y si por desgracia no lo fuese, él deberá conocer con toda la exactitud y antelación posible la anormalidad existente. ¿Si ella depende de la madre? ¿Si del feto? ¿O de ambos?, y estar al tanto de los accidentes que puedan sobrevenir, preparándose en todo caso para combatirlos o tratarlos convenientemente. Cuando todos los médicos tengamos este cuidado, es decir, cuando todos cumplamos estrictamente nuestra misión, entonces y solo entonces nos será dado evitar muchas contrariedades en nuestras carreras y muchas penalidades y lágrimas a la humanidad.

Por otra parte es alarmante, a mi

juicio, el número de eclampsias que se nos presentan de día en día en los momentos del parto o después de él, sin que ni siquiera se hubiese sospechado la existencia de una toxemia previa por no haberse hecho el examen urológico. No hace mucho tiempo fuí llamado en consulta por un distinguido compañero para un caso de parto y encontré a una mujer joven, primeriza, con una intensa anasarca, un vientre enorme y con el cuello completamente dilatado, pero gastada y sin fuerza para terminar el alumbramiento; no había dolor de cabeza, ni ningún otro síntoma de toxemia a excepción de un pulso duro; desconocíamos el estado de la orina pero el tiempo apremiaba, y como se trataba de un parto gemelar, hice una doble aplicación de forceps. Teniendo en cuenta la dureza del pulso, no até la segunda cuerda umbilical invitando una sangría; apesar de ello, ésta fué muy escasa como generalmente ocurre en los casos de toxemia y eclampsia gravidarum. Terminado el parto ordené se le hiciese el examen urológico pero ello fué inútil; una hora después de la intervención comezaron las convulsiones eclámpticas que se sucedieron con rapidez, y apesar de un activo tratamiento ocasionaron la muerte a las 24 horas después del parto. Este no es sino el relato de uno de tantos casos que se observan frecuentemente en nuestra práctica especial, y que apesar de su frecuencia nos impresionan vivamente cada día, porque hemos llegado al al convencimiento absoluto de q. casi todas esas desgracias son evitables, y que estas pobres mujeres mueren víctimas de su propia ignorancia como en el caso anterior, o por la negligencia del médico que las asiste en su embarazo.

Yo siento mucho, queridos compañeros, expresarme de una manera tan franca en este asunto; pero creo que tenemos el deber de ser sinceros en nuestras apreciaciones, y, clara y francamente exponerlas, mucha más, cuando va en ello las vidas de muchas madres de familia. El facultativo que permite llegar a término un embarazo sin hacer practicar con frecuencia el uroanalisis de su enferma, contrae con ello una gravísima responsabilidad, ya que dicho examen es para el médico en estos casos, lo que el barómetro para el marino; le tranquiliza en los tiempos de bonanza y le dá el alerta del temporal que se avecina. El día en que todos los médicos hagamos practicar de una manera rutinaria el examen urológico de las embarazadas, será el día feliz en que podremos evitar la mayoría de las toxemias en ellas, y como consecuencia las eclampsias que tantas víctimas han arrastrado y aún arrastran al seno de la tierra.

Igualmente he observado que algunos compañeros, cumplidores estrictos de todos los principios y reglas de la asepsia y antisepsia; que serían incapaces de practicar una intervención de cirugía por poco importante que ella fuese, sin garantizar a su paciente de una infección por todos los medios posible, olvidan aquellos principios, y creyéndose eximidos de responsabilidad, acometen inconscientemente una intervención de obstetricia con asistencia insuficiente, e ineficaz, y en una casa particular en malas condiciones de asepsia. Y no es por falta de conocimientos que

lo hacen, no, pero sí desgraciadamente es, que aquel médico o cirujano que se consideraría deprimido en su dignidad profesional, si ocurriese una infección por descuido propio en un caso de hernia operada por él, vé sinembargo, sino con indiferencia, con pasividad, una infección puerperal, y se disculpa con su propia conciencia de cirujano, invocando la urgencia del caso y la premura con que hubo de hacerse la operación.

¿Es que las intervenciones de obstetricia requieren tanta premura que no permitan al comadrón rodear a su paciente de las precauciones de asepsia necesarias en cualquier otra operación quirúrgica? ¡No, y mil veces no! Vds. han de convenir conmigo, que tal conducta, sólo sería justificada en aquellos casos de accidentes del parto, que como las hemorragias, requieran la rápida intervención del comadrón para salvar la vida de la madre, aún a costa del sacrificio de los principios de la asepsia y de los peligros de una infección. En todo otro caso u ocasión ningún cirujano debería practicar una operación de obstetricia en la casa particular, a menos que se rodee de ayuda eficiente, y de todo el material necesario para garantizar la vida de su parturienta; y aún así, mi opinión personal es, que a ser posible toda intervención operatoria en casos de obstetricia debe practicarse en un hospital; solo allí, podría atacarse en tiempo y con todos los medios al alcance de estas instituciones, cualquier accidente que pudiese presentarse en el curso de la intervención.

Ahora bien, señores; para poder aconsejar ésto sin vacilación, es preciso, que nos convenzamos nosotros mismos, de que una aplicación de forceps, una versión, una embriotomía,, etc., etc., son operaciones quirúrgicas tanto o más serias aún, que una laparotomía; que nuestra paciente está tanto o más expuesta a una infección séptica en aquellas que en ésta, y del mismo modo que no aceptaríamos la responsabilidad de llevar a cabo una celiotomía en malas condiciones de asepsia, o con personal incompetente; igualmente debemos rehusar el practicar cualquiera de aquéllas operaciones de obstetricia, a menos que traslademos la enferma a una clínica, o que nos rodeemos de todo lo necesario en la casa particular garantizando en lo posible el éxito de nuestra intervención. En ocasiones encontraremos viva resistencia por parte de los familiares a que la enferma sea trasladada al hospital o clínica; pero debemos hacerle comprender que por sencilla que sea una operación de obstetricia, en el curso de ella pueden presentarse complicaciones tan graves, que al fin nos obliguen a trasladar la enferma al hospital cuando en peores condiciones se encuentre, comprometiendo así el resultado final de la intervención.

Ya veo yo a algunos de mis distinguidos compañeros sonriéndose y diciendo para sus adentros, "precioso consejo el de Belaval, pero él olvida que todos no tenemos hospitales a nuestra disposición", cierto es que no, pero no es menos cierto también, que el médico que practica en el campo, lo mismo que el que practica en las ciudades si se dedica a partos, tiene a mi entender la ineludible obligación de estar preparado convenientemente para garantizar las vidas de sus enfermos. Se me ar-

güirá por algunos que el costo del material necesario es considerable; pero amigos míos, es tan insignificante este gasto comparado con la satisfacción que produce el deber cumplido, que yo os aseguro a Vds. que nunca les habrá de pesar el dinero invertido en él. Yo también he practicado obstetricia en las mismas condiciones que tienen que hacerlo algunos de Vds. ahora, y por lo tanto he palpado y sentido todas esas dificultades, y siempre procuraba estar preparado para cualquier caso de emergencia que pudiera presentarse. Ello me ha economizado muchas sosobras y sinsabores, y quizás me ha permitido salvar algunas vidas, y me ha hecho tomar cariño a esta rama de la medicina a la que tanta animadversión tienen algunos compañeros, por razón de las molestias y trabajo que por lo general ocasiona. Yo tengo el pleno convencimiento de que el 75% de los accidentes del parto y el embarazo son accidentes evitables, si el médico se encuentra preparado para ello.

Hasta aquí, distinguidos compañeros, he estado refiriéndome a aquella clase de pacientes de obstetricia que constituyen quizás la mayoría de los del práctico general, o sea la clientela pudiente; pero, hay sinembargo, otras enfermas de esta índole que requieren también nuestra atención decidida, y son las mujeres pobres indigentes; he aquí el gran problema a resolver. En los Estados Unidos y en Europa esta clase de enfermas están admirablemente atendidas en los hospitales de maternidad donde se les asiste con todo esmero y cuidado, la vida de la madre pobre y la de su tierno hijo, están tan garantizadas como la de cualquier mujer de buena posición social. No sucede así en Puerto Rico; aquí las madres pobres están asistidas por "curiosas", (por comadronas "examinadas"), quienes la mayoría de las veces, y con rarísimas excepciones, son a mi entender el peligro más grave que puede entrar en la casa de una parturienta. Ellas son portadoras en un buen número de ocasiones de las infecciones puerperales; ellas son responsables de un gran número de los casos de tétano neonatorum en Puerto Rico; ellas son, señores, la causa de muchos de los accidentes del parto, unas veces por su solicitud exagerada y otras por su negligencia e ignorancia. Ellas en su afán desmedido de acelerar el alumbramiento gastan las fuerzas de la infeliz parturienta, con inútiles esfuerzos de expulsión cuando apenas ha comenzado la dilatación del cuello uterino. Mi inolvidable amigo e ilustre maestro, el Dr. Pasarell, que era un gran Tocólogo, solía decir con muchísima razón, que las comadronas "ponían a parir a las mujeres con el primer dolor cólico que les daba", y en efecto es así; siendo ésto causa de muchas de las inercias uterinas al final del parto, que con tanta frecuencia reclaman el uso de los forceps o de estimulantes, etc. Como corroborante de este deseo de acelerar los alumbramientos y de los peligros que le acompañan, viene a mi memoria el espectáculo de un caso que no quisiera recordar. Hace algunos años fuí llamado con urgencia a una casa; acudo al instante y encuentro a una mujer que acababa de dar a luz, pálida, exangüe, casi muerta y bañada en un lago de su propia sangre. No

habiendo tiempo que perder, la examino y se presenta a mi vista un enorme tumor sangrante que instantáneamente reconocí ser el utero invertido; con la mayor celeridad posible, pero sin esperanza de poder salvar a aquella desgraciada, comencé a trabajar; separé la placenta con facilidad y afortunadamente pude reinvertir aquella matriz relajada por completo, y mantenerla en flexión comprimiendo las uterinas mientras los familiares y comadrona administraban los estimulantes que yo ordenaba; finalmente la matriz se contrajo, reaccionó nuestra enferma y verdaderamente revivió. ¿Quién fué la culpable de aquél desastre?, la ignorante comadrona; ella, al ver que la placenta no era expulsada con la rapidez que deseaba, se impacientó y tiró, y tiró, del cordón umbilical hasta que ocasionó el incidente gravísimo que pudo costar la vida a aquella madre. No es el único caso de esta índole, no; otros varios que obedecen a las mismas o parecidas causas podría relatarles a no ser por temor de cansar la atención de Vds. que tan pacientemente me están escuchando, y que con seguridad habrán tenido iguales experiencias en sus prácticas. Ahora bien, esta es la clase de ayuda que recibe la generalidad de las mujeres pobres, quienes milagrosamente salvan sus vidas; pero, como es absolutamente imposible que los médicos titulares puedan atender todos los partos de su municipalidad, tenemos que convenir muy a nuestro pesar, que las comadronas son un mal necesario para esta gente; y puesto que ellas han de asistir un gran número de partos, debemos por lo tanto procurar levantar su "standard", su nivel intelectual, a un grado más alto de instrucción y cultura; debemos enseñarles a hacer bien lo que tienen que hacer, y muy principalmente enseñarles a conocer el límite adonde llegan sus facultades y comienzan las del médico; es preciso limitarlas a la asistencia de los casos normales, y obligarlas por la ley a requerir el médico tan pronto encuentren algo anormal, castigándolas con severidad si se comprobase que voluntariamente se habían extralimitado en sus facultades.

La educación de comadronas inteligentes y prácticas y que llenen los anteriores requisitos, no es posible llevarla a cabo en la forma que hoy se hace en Puerto Rico. Nosotros mismos somos culpables por expedir con frecuencia certificados de práctica a estas mujeres sin tener en cuenta su capacidad, y con los cuales se presentan ante el "Board" a sufrir exámenes; debemos considerar que aquel certificado quizás inmerecido que expedimos, es la causa directamente responsable de la ignorancia de estas mujeres, y cuyos resultados fatales palpamos más luego. Es de absoluta necesidad la creación de una escuela de comadronas controlada por el Gobierno Insular, regida por reglamentos estrictos, en cuyo centro se les eduque teórica y prácticamente, y se les haga comprender que la profesión a que se dedican, exije de ellas una gran rectitud de principios morales y condiciones de carácter y sensatez muy especiales.

Inconscientemente he salido del punto principal de que trataba pero no he podido sustraerme de hacer algunas

consideraciones generales acerca de la competencia de las comadronas, por creerlas de importancia en relación con este asunto.

Volviendo al tratamiento del embarazo y alumbramiento en la mujer pobre, he de ser franco y confesar que ello constituye un problema de difícil resolución para nuestras Municipalidades, pero con buenos propósitos por parte de ellas, y con la cooperación eficaz de la clase médica, podríamos llegar a mejorar la condición de estas mujeres en sus alumbramientos.

Todos debemos interponer nuestras influencias en la comunidad donde convivimos, estimulando los organismos municipales y la caridad privada, a hacer un esfuerzo en pro del mejoramiento de la condición de la mujer pobre durante el embarazo y en su parto, ayudando a estas infelices a salir del mejor modo posible en su crítica situación y cuidando que sean debidamente atendidas.

En las ciudades grandes donde existen ya hospitales establecidos, deben organizarse salas de Maternidad para atender por lo menos los casos distócicos, las complicaciones del embarazo, así como también los partos normales q. por cualquier razón no pueden ser atendidos en sus casas; y en las poblaciones pequeñas, no debería faltar nunca un pequeño Hospitalillo siquiera fuese destinado a estos casos de emergencia.

Toda Municipalidad al igual que tiene médicos y practicantes titulares, debería tener comadronas inteligentes y prácticas que prestaran sus servicios a las mujeres pobres a domicilio, y proveerlas del material necesario para la cuidadosa asistencia de los alumbramientos. Es cierto q. ello implicaría algún gasto, pero el montante de éste, tengo la seguridad que sería insignificante si lo comparamos con los beneficios que habrían de reportar tales medidas. Claro está que si todos los municipios pudieran hospitalizar todos estos casos como podría hacerlo el municipio de San Juan si sus administradores lo quisieran, sería muchísimo más eficaz la medida, y yo me pronunciaría decididamente en favor de ella. Pero, a decir verdad, es absolutamente incomprensible que municipios como el que he citado que sostiene 13 o 14 médicos y otros tantos practicantes, y que tiene un presupuesto de empleados lujosísimo, no se hayan acordado de asignar nunca una pequeña partido para comadronas dedicadas a la asistencia dodiciliaria de las parturientas pobres; bien es cierto que un pequeño número de partos normales, y todos los distócicos son asistidos en el reducido número de camas que en los hospitales hay asignadas a este objeto, pero los casos normales en los domicilios están abandonados a los cuidados de la vecina más próxima o más entrometida.

Expresamente he dejado para terminar dos asuntos que considero de gran importancia en la práctica de la obstetricia, a saber: las duchas durante el puerperio y la anestesia en el parto.

En cuanto a las primeras, tengo el pleno convencimiento de que al uso rutinario de ellas en los partos normales donde no ha habido manipulaciones internas etc., corresponde un gran número de las infecciones puerperales con que tenemos que luchar frecuentemente; es

preciso que nos convenzamos que no llenan ningún fin beneficioso, sino que por el contrario, la canula vaginal es la portadora en muchas ocasiones del germen morboso que más tarde ha de causar quizás la muerte de la enferma. Dejemos obrar a la naturaleza, imitémosla en lo posible, no la obstaculicemos con la introducción no solo de gérmenes patógenos, sino también con la aplicación inconsciente de antisépticos y soluciones, que han de retardar la reparación de aquellos tejidos indudablemente devitalizados por el natural traumatismo del parto. He visto tantos casos de infecciones puerperales secundarias a duchas vaginales e intra-uterinas, que verdaderamente no comprendo como aún hay quien las emplee rutinariamente; y obsérvese que digo rutinariamente, por que me refiero justamente al uso indiscreto del procedimiento, y a ello es a lo que me opongo tenazmente; claro está que he de admitir que el tratamiento tiene sus indicaciones perfectamente determinadas y conocidas en la obstetricia, y sólo cuando estas indicaciones estén claras, será cuando el médico debe ordenar la ducha y ésta llevada a cabo y practicada, por persona que comprenda la técnica aséptica de las mismas, pues en caso contrario haría más daño que bien.

Por último, voy a llamar la atención de mis distinguidos compañeros sobre un asunto tan importante científica como humanitariamente, cual es la anestesia en los partos. Es y ha sido siempre una misión del médico aliviar los sufrimientos físicos, y desde las épocas más remotas la profesión se ha esforzado en busca de medios adecuados e inofensivos para mitigar las necesarias crueldades de la cirujía; y no parece caritativo permitir que una mujer sufra los terribles dolores de todo un alumbramiento sin procurar disminuírselos siquiera en parte, a menos que ella se oponga o que el procedimiento estuviese contraindicado por alguna razón. ¿No administramos un anelgésico para una cefalalgia? ¿no inyectamos una dosis de morfina para un cólico hepático con el único objeto de aliviarle el dolor al enfermo? ¿por qué razón hemos pues, de negar las bendiciones de la anestesia a una mujer de parto? ¿Es acaso que sus dolores por ser fisiológicos no merecen ser aliviados? ¿O es que se teme alguna consecuencia perjudicial de su uso? Indudablemente es ésta la razón más poderosa. ¿Pero por qué? La anestesia en la obstetricia desde sus comienzos en el año 1847 en que la usó por primera vez Sir J. Y. Simpson, fué considerada y aún se considera como casi inofensiva; primero, porque la enferma la requiere y la desea con avidez, y por lo tanto no deprime su sistema nervioso, sino que por el contrario la tranquiliza; segundo porque el corazón en los casos de parto se encuentra fisiológicamente hipertrofiado y es por lo regular poderoso y fuerte; y tercero, porque las dilataciones intermitentes de los esfíncteres útero vaginales y anal, obligan a la enferma a respirar con profundidad y con frecuencia, y por lo tanto, el anestésico es exhalado con la misma intensidad con que se absorbe, produciéndose su rápida eliminación. Por mi parte yo puedo asegurar que al menos en mi práctica privada uso contínuamente la anestesia a la

reina, y aún no he tenido ocasión de arrepentirme; nunca he observado resultados perjudiciales de su uso discreto e inteligente; ella no solo alivia los horrores del dolor, sino que facilita el trabajo del médico, y nos permite defender mucho mejor el perine, y en casos de desgarres suturarlos sin dolor. Los que hemos alguna vez contemplado la avidez con que una parturienta aspira las gotas del cloroformo, y cómo implora del médico su contínuo uso por el alivio que produce a sus dolores, no podemos menos que ofrecerlo a las madres que bajo nuestro cuidado se entregan,a menos q.,como antes he dicho, haya alguna contra-indicación a su uso.

No me he referido aquí al sueño crepuscular o anestesia por la morfina y escopolamina, y sí solo a la anestesia que hace tanto tiempo conocemos por anestesia a la reina o de obstetricia, por que la primera, apesar de toda la propaganda que ha hecho en su favor la prensa lega de los Estados Unidos y de Europa, está aún en su período experimental y según reputadas autoridades norte-americanas no deja de tener sus graves peligros y riesgo considerable, que sólo puede correr el comadrón en su trabajo en un hospital o clínica.

Ahora bien, si a nuestro modo de ver, hemos considerado inhumano el permitir que una mujer sufra los dolores de un parto normal sin procurar aliviárselos, mucho más nos ha de chocar que un médico, sin necesidad alguna y con compañeros a su alcance, tenga la dureza de exponer a una parturienta, a los horrorosos dolores y a los gravísimos peligros de una versión interna, o de una aplicación de forceps, sin la administración de un anestésico que mitigue su sufrimiento y relaje su sistema muscular. Tal práctica es reprochable no solo bajo el punto de vista humanitario, sino bajo el punto de vista científico, pues no desconocemos los resultados del "shock" traumático que puede sobrevenir a cualquiera de las anteriores intervenciones, y que ha costado la vida a más de una parturienta; aparte de las infelices que mueren por causas secundarias, a aplicaciones defectuosas de forceps, y a desgarres inevitables, en una mujer que no puede dominar su sistema nervioso, y en un momento dado hace movimientos involuntarios que le ocasionan daños irreparables. Claro está que algunas veces nos encontraremos en situaciones que nos obliguen necesariamente a hacer tales intervenciones sin anestesia y en esos casos tenemos que escoger del mal el menos.

Estas son las observaciones que he creído oportuno hacer, y que como al empezar dijera, someto a la consideración de mis distinguidos compañeros, Uds., con mayor ilustración y más extensa práctica que yo, podrán rectificar o confirmar cuanto he expuesto; pero sí deseo encarecer a todos únicamente, la más decidida ayuda en pro de las buenas prácticas Tocológicas y el empleo más frecuente de la anestesia en los partos. Mitiguemos con ella en cuanto la ciencia aconseja, los dolores de la más débil y más hermosa mitad del género humano, en los momentos más sublimes de su existencia, siquiera sea, para rendir un homenaje de amor y gratitud a las santas mujeres que nos dieron el sér.

THE ADMINISTRATION OF MORPHINE, HYOSCINE AND CACTIN.

as a General Anesthesia by the Hypodermic Needle wish Special Reference to Confinement.

DR. JOS. W. KENNEY, Fortuna, Puerto Rico.

In the year 1903 I heard of the remarkable reults obtained by the use of this preparation given hypodermically in confinement and I decided to try it my-self.

I procured a preparation of the drugs, but hearing so much adverse criticism of its uncertain and dangerous action, I was afraid to try it, and wrote to Dr. Abbott, (who was advocating its use), for further directions, as so many were using it with good results.

His reply was to forget for the time being, the hyoscine and give it with the same precautions and in the same manner as morphine, and watch and study results.

I have tried it and found it reliable, and good for both the woman and the attendants, and I am not affected by the outside criticism because I have proved it by experience, and I am confident of my result and do not fear the catastrophe predicted.

I have not read any of the articles in the lay magazines on "Twilight Sleep", so my opinions are not colored from them but are the result of my own experience.

This practice was in use by thousands of American physicians many years before these German doctors began its exploitation.

Experience is the greatest of teachers, and knowledge thus gained will withstand many assaults based on theory; so this is my opinion based on my experience; naturally I place the fullest confidence in it.

Others have told me they have tried this treatment, and their experience, which has seldom been over a half a dozen times usually but the once, has convinced them that it is highly dangerous; that is their opinion, and in mine they have reached the wrong conclusion.

Narcosis cannot be produced by the administration of any drugs, without danger to the patient, and it follows that morphine and hyoscine must be given with care and carefully watched, and in effect these are no more harmful than the others. I should say not as dangerous as chloroform.

Results in my own practice and in that in thousands of others have proved this to be a most desirable anesthetic in use alone or in conjunction with ether or chloroform. It produces extensive effects, enabling work to be done at leasure. The patient on being spoken to sharply, will turn over or get up, saving much straining and lifting on the part of the attendants.

Pain is seamingly not felt, the after-effects of the pain at least are not manifest. The troublesome after-effects following the administration of other anesthetics are absent.

The element of shock is practically eliminated, hemorrhage is checked, I don't recollect any nause a or vomiting, and the patient usually sleeps several hours after the ordeal, awakening refreshed and able to take nourishment, which with other anesthetics is seldom the case.

Success and safety depend on careful attention to details, if failure and fatality have occurred it has been due to inattention or neglect, or to some other un-controllable cause.

The indication for the injection, is the occurrance of true labor pains at frequent and regular intervals, and the dilation of the os.

The effect is not evidenced by insensibility, but by failing memory and a tendency to doze. She may complain as much, and labor may seem as severe, but between pains she will drop off to sleep.

As a test I have usually called the patient's attention to the time of giving the injection, and when she failed to remember it I considered her to be sufficiently anesthetized.

My first experience with it was in my practice while attached to the Lyingin Hospital in Philadelphia; on a large well built colored woman. I had some doubts about being able to handle her but I decided to risk it. It was her third confinement and the rest had been easy.

On examination I found the os dilating and labor progressing favorably and I gave her the hypodermic injection in the arm, and got my instruments ready; and it being near mid-night I drew up a rocking chair so I could reach her pulse easily. We were alone and the woman soon fell into a doze, awaking occasionally. I saw nothing abnormal or unusual and I soon fell asleep.

I was awakened by the woman touching me on the arm, and I found the child and the placenta in the bed and by good fortune all right.

Neither of us had any recollection of the labor.

The second case was in the same week, I kept a better watch, but even then I suddenly found the head appearing, without noticing the expulsive efforts of the mother to be noticeably increased.

Both of these cases, I have since found to be exceptionally easy, but they were the cases that gave me my first confidence, and confirmed me in the practice of using hyoscine and morphine where not contra-indicated; and I am not at all clear in my mind of what a contra-indication would consist, as I have given it in chronic bronchitis and judging by the sound, serious heart lesions; but I have refrained from giving it where there has been involvement of the kidney.

Finding myself without the preparation I have occasionally used the morphine alone, but there was an appreciable difference in favor of the hyoscine compound. But the relief from the severe pain, and the relaxing of the tissues given the woman by the morphine, have led me to believe its use in labor to be good practice.

What records I have, show that I have given the preparation in something ower two hundred cases of confinement,

and though it was well known in my neighborhood that I gave something in confinement known to be other than morphine, that the other doctors did not give, I do not recollect one instance where its administration was seriously objected to; certainly not on the part of the woman. I seldom asked them whether they would have it or not, but I often with-held it if I thought they might object or not understand; then have had the woman ask for it.

At Adamsville, R. I., where I practiced, the doctor whose practice I took, had by his books an average of twenty five confinements a year. In my first year there, I had fifteen, in my third, thirty four, and in the following six months I had eighteen. This would seem to prove that the relief was appreciated by the woman and family and the symptoms were not alarming enough to the community to have them condemn its use, and the advantage was pronounced enough to bring me confinements from the practice of other doctors in the neighborhood, who were usually not slow in condemning it.

I never give an injection unless I can remain with the patient. I never leave her in the care of another person, even a trained nurse, as she is very often an experienced knocker, whose sympathy may be with some other doctor.

Sooner than shorten the time of dosage or increase the dose I take a chance on the safe side and let her go without, as she will probably have enough to give her a good deal of relief.

I am guarded by the pulse, if that is in good condition she is doing all right. The pupils may dilate and the respiration may become very slow, but it should be strong.

I never pay too much attention to the patient's complaints, I quiet her gently and urge her to go to sleep.

I feel safe in making an unqualified statement that labor is safer with this anesthesia than with any other, or without any.

The manner of administration.

On examination, finding the os dilating and the pain strong and at regular intervals, I give a hypodermic injection in the arm of

Hyoscine 1|000, Morphine ¼ and Cactin 1|64 and proceed with the case as usual.

In a short while, a half an hour or sooner, the woman shows a tendency to doze lightly, waking easily on movements around the bed or noise in the room. I try to have the room quiet and as few present as possible.

I have heard that if there is much excitement the patient might become unmanageable. I have not experienced this to be the case because I insist on quietness in any case.

Symptoms Following the Injection.

The woman may not show any symptoms that the family can notice.

She usually shows a tendency to doze.

She may sometimes awake and make some irriverent remark, but inmediately seems to recollect herself, and the family attribute this to the sudden awakening.

She may rarely keep up a continual run of un-intelligable words when awake.

She may rarely show no tendency to sleep at all.

She may very rarely sit up in bed talking and seeing things in the air, but will lie down when spoken to sharply.

This happened once only to me. In this case the labor progressed steadily without attention or assistance from the woman, and on examination finding the head appearing I compelled her to lie down so I could deliver it, when she seemed to realize the situation and remained quiet.

When the child is born the woman drops into a refreshing doze untill the infant has been attended to, then I awaken her and deliver the placenta in the usual way.

The child begins breathing easily; I have had as much trouble reviving children born without hyoscine as with it, so I cannot say they are hard to revive. They will drop asleep as soon as laid aside, and when completely dressed will sleep if not disturbed, which is usual where hyoscine is not given.

I notice no difference in delivering the placenta.

I have had one serious post partum hemmorrhage with hyoscine and several without, none of them fatal. The one under the hyoscine being the most serious.

Without hyoscine I have had difficulty reviving the infant but never lost a full term health baby, but I have had one death with it. It was a breech complicated by a tumor, but as she had lost several that way, I did not attribute it to the drug, but felt that a repeated dose would have kept the child quiet longer and it might have been delivered alive.

I do not believe the injection predisposes to hemorrhage, on the contrary I have used it with favorable results in bleeding from the uterus and from the lungs.

The woman delivered under hyoscine and morphine with less pain, the parts are relaxed and softened, the nerves are quieted, the woman approaches her ordeal with more tranquility and composure, she gets refreshing naps between the labor pains, and at once falls asleep after it is over, and is rested and refreshed.

The child is easily viable and shows a desire to sleep after being dressed, giving every one a chance to rest.

All effects of the drugs pass of in from four to six hours after administration; I have never known one of my patients to complain of any after-effects.

I have never had what I would consider alarming symptoms, nor ever lost control of a patient during confinement with the use of the hyoscine and morphine preparation.

I have heard much criticism regarding the use of the preparation, but has been invariably from men who have never used it. From Dr. Cone of Fall River, Mass. I heard that Dr. Harris of the same place had a woman die who had received an injection. I have not had an opportunity to talk to the doctor about it.

Miss Robbins of St. Luke's, Ponce, informs me that in her experience it was given to a man who shortly turned

red in the face and died in spite of all efforts to save his life.

These are the only two cases I have ever had any near word of even at second hand and I know nothing of the histories.

Almost all of these cases presented no symptoms worthy of note and the labors were uneventful, leaving no impression of their distinguishing features in my mind. I present here the ones the memory of which have remained with me.

These constitute the worst labors, that is, the ones that presented worst symptoms, with two exceptions, the police officer, and the school teacher.

Case No. 1. Mrs. Will Carr.—White, age 21, blond, well built but not stout, large frame. First confinement, I used the hyoscine compound injection. The family noticed nothing unusual except a tendency to sleep, which they atributed to the fatigue.

There appeared to be no lessening of the pains, the labor progressed in the normal way and she was delivered of a full term healthy ten pound baby boy.

She was surprised that the confinement was over and protested that she had no recollection of the event; nor was she aware of the nature of the injection.

Very much against her relative's advise she engaged me for her second confinement and made me promise I would give her the same medicine. This labor was uneventful but she did not recover quickly and ran a low fever for three weeks when I finally lost controll of the relatives and she was taken from her bed and given her place at the table by the nurse.

I demanded their old family physician, Dr. Cone, of Fall River, Mass., as consultant, and she was put back to bed under his treatment.

After two more weeks of fever he discovered that I had given a hypodermic of the hyoscine compound of which I had neglected to inform him, he immediately attributed her illness to it and gave up the case.

I resumed charge and on examination found her to be still suffering from subinvolution of the uterus and corrected it, she made an almost immediate recovery.

I received a good deal of censure from the relatives, who employed other doctors, and I suppose that case still stands to Dr. Cone in light of an aweful example of the dangerous effects of this drug; but I considered I was vindicated by the woman and her husband, by being engaged by them for the third confinement, but I had removed from the neighborhood before that event. I still fail to see that tha injection was the cause of the trouble here.

Case No. 2. Mrs. Luis Rogers.—White, age 34, brunette, stoutly built. One living child aged ten, the rest miscarried or died in confinement.

I was called suddenly at ten o'clock at night and found a shoulder presenting with an arm protruding, the child appeared to be dead.

I gave an injection and worked two hours alone and sent for assistance. We removed a dead child which appeared to be past term, as the woman claimed it to be.

Becoming pregnant again she engaged me early as she was anxious to save the child.

The second confinement for which I was engaged ran over nine months from the time I had been engaged, proving this pregnancy to have been prolongued. I gave the injection early and diagnosed a breech presentation. Labor was slow and in six hours I repeated the injection.

About the time this second injection was exhausted, the body was delivered, but owing to delay in getting the arms down, the child was suffocated. The child weighed fourteen pounds.

Death was caused by or was the indirect result of a small tumor in the passage of the mother, and probably caused the death of the others.

Case No. 3. Mrs. Gilbert Noblin.—Colored, age 23, one child livin age six, several died at term or was born dead. I gave her the injection and delivered a child of about eight months, that had been dead probably a week.

The placenta was adherent, and I had trouble in removing it, but afterwards secured firm contraction of the uterus. I was busy examining the placenta when I happened to look at her and found she had fainted, and I had considerable trouble in reviving her and stopping the hemmorrhage.

The placenta showed very much fatty degeneration and was probably syphilitic.

Case No. 4. Frank Tripp.—White, age 55, policeman chronic bronchitis, chronic valvular heart lesion, fell while running and tore the entire tissues from his knee cap.

Being unable to give the usual anesthetics, I had informed him that I would return in the morning with assistance, when I thought of using the hyoscine compound.

After giving the injection and getting my instruments ready I sat and talked to him, and in just twenty minutes his eyes closed.

He was quiet during the cleaning of the flap, but awakened when I took the first stitch but was quieted by his wife and made no further resistance.

I had completed my work, and was ready to leave before I awakened him, when he made some remark that showed he had no recollection of the operation, and he had to be shown the dressing before he would be convinced that anything had been done for him.

Case No. 5. Frank Astle.—White, age 32, dark complexion, blacksmith. Periodical drunkard, under treatment for mania-a-potu, I used the hyoscine compound for the violent mania, which cleared at once.

With his attendant he came to my office at mid-night, I gave him an injection which quieted him immediately, so much so that his attendant left him at my gate to go to his home alone, a distance of half a block.

In some mental confusion he wandered on the ice of the river and in endeavoring to get off, got into the water and was drownd. It was quite evident by his tracks that his death was accidental.

Case No. 6. Arthur Macomber.—White, age 35, farmer, blond, and heavily built.

Chronic alcoholic and addicted to

morphine. I have known him to consume by hypodermic needle and by mouth 25 grains of the drug in twenty for hours.

I found him in a maniacal rage. With assistance I held him on the couch and gave him a hypodermic injection of the hyoscine compound and in fifteen minutes he was quiet and in an hour he was asleep.

His wife called me up at noon the next day, she was worried at the soundness and length of his sleep. I advised her to let him sleep it out, and he wakened at five in the afternoon in a better frame of mind.

Later we took him to Boston, where he was kept under the influence of hyoscine until the effects of the morphine saturation was eliminated from his system.

As long as I knew him afterwards, which was about six months, he did not return to the morphine habit.

Case No. 7. S. F.—Porto Rican, school teacher, age about 25. Suffering from emmotional insanity. I gave her at night one injection full strength of the compound and effectually quieted her untill the next evening.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ENFERMEDAD DE QUINCKE.

POR EL DR. JESUS MONAGAS.

De algunos años a esta parte, y cuando ejercía mi profesión en Mayagüez, me llamaba grandemente la atención, un síndrome que de cuando en cuando, podía observar en algunos enfermos, caracterizado por un edema duro, y nada doloroso, repentino, fugaz, e infebril, que se presentaba unas veces, en la cara dorsal de una de las manos, siempre la misma, y en otros, en la región malar incluyendo el párpado inferior que era el más principalmente afectado.

Como quiera que este síndrome no alteraba la salud de los pacientes, permitiéndoles dedicarse a sus ocupaciones ordinarias; tanto yo, como los familiares de aquéllos, como interesados, les dábamos muy poca importancia, atendiendo a que con un tratamiento sencillo por demás en pocas horas se restablecía la integridad de la región afectada. Es verdad, que en muchas ocasiones me preocupaba la causa que podría originar aquél estado, pero así como en las afecciones nerviosas pretendemos incluirlas todas en el grupo del histerismo como el gran Proteo de estas afecciones, para mí, la filaria, en aquellos casos, era la causante del mal, y de ese modo, pretendía explicarme la presencia de esos ataques.

Pasó el tiempo, y si bién es verdad que perdí de vista a mis clientes de Mayagüez, en mis nuevas residencias de Aguadilla, y San Juan, también he podido observar la misma afección, continuando en el mismo error etiológico, por más que en ésta última ciudad, en algunos casos, hube de poder reconocer la sangre para filaria, de

algunos sujetos, habiendo sido el resultado negativo.

Me preguntaba yo entónces, ¿y si a la filaria no se debe la presencia de este síndrome, cuál será, pues, la causa que lo motiva?

Ninguna de las respuestas que acudían a mi mente solucionaba el problema, quedando una vez más la cuestión etiológica sumida en oscuras dudas. Así transcurrió el tiempo, hasta que no hace mucho, quizás tres meses, leyendo el importante periódico profesional "Le Monde Medical" hallé perfecta, y claramente descrita la enfermedad a que me vengo refiriendo con el nombre de "Enfermedad de Quincke, o Edema angio-neurótico."

¡¡Eureka!! entoné lleno de júbilo!! por fín encontré lo que hace tanto tiempo buscaba: nombre de la enfermedad, e historia acerca de ella.

Más había otro muy distinguido compañero, que aunque más recientemente, también había tenido ocasión de poder observar la enfermedad que me ocupa, no pasando desapercibida a su sagaz espíritu de observación llamándole realmente la atención tan rara enfermedad en el caso que magistralmente describe en el número 104 del Boletín de la Asociación Médica correspondiente al mes de Noviembre próximo pasado.

El Dr. del Valle, que ese es el nombre del respetable comprofesor a quien me refiero, en una de las sesiones de la Asociación Médica del Distro nos deleitó con la lectura del trabajo mencionado, deducido de la lectura que había hecho en "Le Monde Medical" y que al igual que yo, al observar el caso que refiere, no había hallado entidad nosológica que conviniera con el síndrome ya descrito.

Tan luego pude clasificar mis casos observados en ese grupo debido al conocimiento que ya de esta enfermedad tenía por la descripción que de ella se hace en el No. 473 de "Le Monde Medical" correspondiente al 15 de Agosto del año pasado, pensaba impresionar unas cuantas cuartillas dedicándolas a la enfermedad ya citada, con el fin de llamar la atención de los compañeros acerca de tan curiosa afección; más al acudir, como ya dejo dicho a la sesión de referencia, tuve el gratísimo placer de oir leer al Dr. del Valle el trabajo luminoso como todos los suyos, trabajo que más tarde vió la luz en el Boletín, y estimando por tanto el mío, fuera de lugar.

No obstante, como hubimos de cambiar impresiones acerca de la coincidencia de habernos llamado a los dos la atención el síndrome de la enfermedad de Quincke, corroborando con mis casos las manifestaciones por él ya mencionadas, le felicité muy sinceramente por haber aprovechado tan propicia ocasión de dar a conocer en nuestro País una enfermedad, que podía haber continuado desapercibida.

Estimo, pues, con ésta muy breve historia haber llenado dos puntos muy esenciales para mí, y son: reiterar mi felicitación al respetable Dr. del Valle por la oportunidad de su interesante trabajo, y llamar la atención del cuerpo médico de la Isla a fin de que no olviden el síndrome de la enfermedad de Quincke, cuando en sus respectivas localidades tuvieren ocasión de obser-

varla, cosa que se hace ahora hacedera, y comprensible.

A LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

POR EL DR. VELEZ LOPEZ.

Casi a diario nos vemos obligados a la aplicación de puntos de fuego, debiendo utilizar el aparato termocauterio de Paquelin o el modificado, los cuales poseen una parte muy esencial como es el **Bulbo de goma** para la impulsión del aire. Mas como esta parte tan esencial del aparato resulta que se reblandece por el calor y se hace inservíble, la mayor parte de las veces que hemos de necesitar de su uso, no podemos lograrlo.

Podemos sin embargo suplir dicha falta del modo siguiente: Se toma un frasco de vidrio de dos litros, al cual se adapta el tapón del aparato aspirador de Potain. Se aplican dos tubos de goma a cada espito del tapón. Uno de ellos se adapta al cuerpo de bomba metálico del mismo aparato; el otro tubo se adapta al depósito de bencina del termocauterio y se coloca otro tubo a la salida de los gases para adaptar en su extremo libre el cuchillo.

EL RESULTADO DE LA AFILIACION DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO A LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA.

DR JORGE DEL TORO.

Señores:

Como Secretario que he sido de ésta Asociación durante los últimos tres años, creo un deber de mi parte el poner a los miembros de la Asociación al tanto de los resultados de nuestra afiliación a la Asociación Médica Americana.

Me daría por satisfecho si al terminar este trabajo pudiera decir que hemos aclarado con toda diafanidad el punto de que nuestra afiliación a la Asociación Médica Americana no ha significado absorción para nuestra Asociación ni la pérdida de nuestros derechos más ínfimos; que la Asociación Médica de Puerto Rico no ha venido a pertenecer a la Asociación Médica Americana, sino que por el contrario, nuestra Asociación es hoy día una parte integrante de aquella Asociación, es decir, que con las demás asociaciones de los demás estados y territorios ayuda a formar la Asociación Médica Americana.

Hubo algunos médicos de Puerto Rico tan aferrados en que habíamos de ser absorbidos, y tan poco creyentes en sus propios méritos y en la buena fé de los demás, que llegaron hasta el punto de retirarse de la Asociación "antes de pertenecr a la Asociación Médica Americana;" pero a los que estuvieron en contra de éste propósito, podemos decirles, que gracias a los esfuerzos de ésta Asociación podemos asegurar que hoy día, en todos aquellos asuntos relacionados con la profesión médica y las muchas faces de su práctica, nuestra Isla está considerada al igual y gozando de los privilegios y derechos de que gozan los estados de la Unión.

Yo no quiero hacer una historia de los hechos acontecidos con relación a éste asunto, ni defender lo hecho; solamente deseo hacer un corto "informe" en forma de un resumen del trabajo de la oficina de secretaría.

Enero de 1914.

El Departamento Biográfico de la A. M. A. dá las gracias por haber recibido la lista corregida de los nombres de los médicos de Puerto Rico.

En la carta escrita al Secretario, Dr. Alexander A. Craig comunicádole los nombramientos hechos por esta Asociación en sus Juntas de Gobierno para el año de 1914, se le decía que no se había llegado a un acuerdo acerca del nombramiento de nuestro representante a la Cámara de Delegados de la A. M. A., por que los que podían haberse elegido no reunían los requisitos para el cargo por no haber sido anteriormente miembros de aquélla Asociación. A esto contestó el Dr. Craig dando las gracias y diciendo que había encontrado en las listas de miembros de la A. M. A. dos de ellos que vivían en Puerto Rico, y sugiriendo que si alguno de ellos era grato a la Asociación de Puerto Rico podríamos elegirlo delegado pues llenaba los requisitos.

El Secretario del Consejo de Enseñanza Médica contesta a una consulta hecha desde P. R. por mediación de internato en hospitales para practicar la medicina.

El Secretario de la Sociedad Médica del Estado de New York escribe solicitando nuestra cooperación para conseguir que la Aª. M. A. pague los gastos de viaje a los delegados de los estados que concurran a la Sesión Anual. A ésto contestamos estar conformes y que en caso de que nosotros enviáramos nuestro delegado, él votaría en favor de la moción.

El Secretario del Consejo de Salud e Instrucción Pública escribe solicitando nuestra cooperación en su trabajo, e indicándonos la conveniencia de establecer un Comité en la Isla que trabaje con el Comité central. Contestamos que daríamos la debida atención al asunto.

El Comité de Educación Médica invita a la Asociación de Puerto Rico a que envíe su representación a las conferencias que habrían de celebrarse en Chicago, sobre educación y legislación. Dimos las gracias y nos excusamos.

La Asociación Americana de Colegios de Medicina nos invita para que enviemos nuestro delegado al "meeting" del 24 de Febrero en Chicago. Contestamos diciendo sentir mucho el sernos imposible enviar nuestra representación.

Febrero de 1914.

Se recibe una carta del Consejo de Salud e Instrucción Pública dando cuenta del establecimiento del Bureau Médico-Legal con el objeto de poder dar información sobre estas materias a todos los que así lo soliciten. Piden que d Puerto Rico le enviemos todas aquellas leyes en relación con la medicina y sanidad, y se le envían todas las que nos fué posible conseguir.

Se reciben las instrucciones y el certificado de elección para nuestro delegado a la Sesión Anual de 1914 en Atlantic City.

Se escribe al Dr. J. F. Morse, de Ensenada, solicitando de él que vaya a Atlantic City como nuestro delegado. Al Dr. Morse le es imposible aceptar por que en la fecha de la Asamblea estará en Europa.

Se escribe una carta al Secretario de la Asociación Médica Americana exponiéndole nuestra dificultad en enviar nuestro representante. Solicitamos la transpeferncia de nuestra delegación al Estado de New York, como también expresamos nuestro deseo de que se dé representación al Dr. Esteban Saldaña que se encontraba en los Estados Unidos. El Dr. Craig contesta sintiendo que sea imposible la transferencia de delegación, y diciendo que tendrán mucho gusto en recibir al Dr. Saldaña y que se alegrará que él encuentre tiempo para estar presente en algunas de las sesiones de la Cámara de Delegados.

Mayo de 1914.

El "Dirctory Department" de la A. M. A. envía para nuestro uso la parte del libro que trata de Puerto Rico y en la que se encuentran los datos de todos los médicos de la Isla, de sus instuciones hospitalarias etc.

El Journal de la A. M. A. escribe pidiendo los datos personales del Dr. Casimiro G. del Valle de quien tenían noticias que había fallecido. Son enviados.

Y durante el resto del año ha seguido constantemente la correspondencia esta Asociación y la Asociación Nacional, y sería largo ir enumerándolo todo.

Hemos recibido programas e invitaciones de todas las Sociedades Médicas de los Estados Unidos y territorios, para sus Asambleas Anuales.

Hemos sido invitados a cooperar con la Sociedad Americana para la Restricción del Cáncer.

Se recibe en Secretaría el Boletín Oficial de la Asociación Médica Americana.

Se reciben constantemente artículos reproducidos de los diversos comités y consejos de la Asociación, como también de la asociaciones de los estados.

El Departamento de Tesorería de los Estados Unidos, por medio del "Bureau of Public Health and Marine Hospital Service," ha tenido a nuestra Asociación, oficialmente informada hasta el último detalle, acerca de la epidemia de peste bubónica en New Orleans, Lousiana, E. U. A.

Tenemos información del trabajo sanitario llevado a cabo en las repúblicas de la América Central por la United Fruit Growers Association.

Del Gobierno Americano recibimos libros de demografía y otros asuntos de interés para la Asociación.

Mensualmente se envía un estado demostrativo de nuestra Asociación, anotando los nuevos miembros y los dados de baja, los cambios de residencia etc., etc.

Las actas de las sesiones de la Cámara de Delegados son enviadas a nuestra Asociación para nuestro informe.

Por primera vez, en esta asamblea nuestra, nos toca decidir asuntos relacionados con la Asociación Nacional.

Espero que en este escrito hecho a la ligera, haya podido dar a ustedes una idea de lo que ha venido a ser nuestra Asociación dentro de la Asociación Médica Americana, y de la manera que nosotros hemos procedido con ella. Hicimos todo lo que pudimos para obtener nuestra representación, pero las leyes de aquélla Asociación son tan precisas que fué imposible alcanzarlo. En la Sesión anual de 1915, nuestra Asociación podrá tener allí a su representante, pues ya hay un número de nuestros miembros que se encuentran en condiciones de ser admitidos como miembros de la Cámara de Delegados de al Asociación Nacional.

La Historia de Mrs. Harrison, por A. S. G. G.

Conclusión.

II

Prontamente al principio de la hora de consulta Mrs. Harrison entró en las oficinas de su viejo amigo y médico de familia Pablo Wharton.

Después de enterarse el médico del objeto de la visita, una expresión de seriedad se asomó a su cara y entonces dirigió a su cliente una serie de preguntas indagadoras.

La ausencia de alguna forma de enfermedad maligna en la familia de la paciente le era conocida.

Su apariencia general de buena salud junto con los conocimientos acerca de la historia de la paciente hacían innecesarias más preguntas.

Después de lo que parecía ser un exámen superficial el médico emitió su opinión.

"Mi querida amiga, le dijo, usted ha demostrado tener su acostumbrado sano criterio. La tardanza hubiese sido ansiedad y peligro. No estoy seguro de la naturaleza exacta de esto, llamémosle una irregularidad. Sé que nodebemos perder tiempo averiguándolo. Mi amigo, el Dr. Hal Miller, le dará el debido tratamiento."

La alarma de Mrs. Harrison no pudo ocultarse, pues ella reconoció en el Dr. Miller el nombre de un cirujano eminente, y su fatigosa respiración y el fruncido de sus labios fueron notados por W. Wharton.

"Miller, él continuó, es un hombre sabio, simpático y hábil. No se alarme Ud., no sentirá dolor ni vá a estar enferma; ahí tenemos el gas hilarante que nos evita las incomodidades, del éter, y el descanso que usted tendrá al darse cuenta deque "todo está hecho bien, hará a usted olvidar su alarma natural y los temores por loc uales está pasando."

III

Ocho años más tarde. Parte de una conversación entre Miss Mary Ashe y Mrs. George Tompkins, durante el casamiento de Ruth Harrison:

Miss Ashe: "¡Qué feliz y joven parece hoy Lillian. Se podría tomar por la hermana de Ruth!"

Mrs. Tompkins: "Bien, por qué no había de ser así? Ella tiene un esposo y niños que la adoran, nunca se molesta y estoy segura que ella nunca ha estado enferma."

IV

La pequeña historia que habéis leído es la de una mujer que fué curada de cáncer del pecho, una de las enfermedades más temibles.

Usted tal vez crea que ese caso es excepcional. Y así es, porque la paciente era excepcional.

Lo que puede sentirse es que la información y educación aecrca del cáncer no sean universales.

Que en vez de conocimientos haya superstición. Que un tiempo precioso se pierda con esos tratamientos inútiles que aseguran la cura "sin el uso de la cuchilla."

De tal maenra, que cuando el que sufre va finalmente a ver al cirujano como último recurso, va muchas veces esperando o tal vez creyendo que él pueda realizar lo imposible.

Piense: En nuestro país cerca de siete mil mujeres sufren y mueren cada año de esta enfermedad temible: Siete mil fuera de un total de por lo menos setenta y cinco mil muertes, de todas las formas del cáncer.

Y recuerde también, que en cada caso hubo una ocasión en que la enfermedad era curable, aunque por desgracia no se descubre invariablemente en este estado temprano.

Seguramente que no debemos pasar por alto la alarma que la naturaleza casi siempre nos dá.

Cualquier masa en cualquier parte del pecho o en la axila; o una descarga amarillenta o colorada del pezón, con o sin dolor alguno, debe recibir inmediata atención, y debe comunicarse a su médico de familia.

Y especialmente es la masa sin dolor la que se debe temer en el cáncer del pecho en su estado temprano y de la que no se queja la paciente por falta de dolor.

De todos los casos de cáncer en esta parte del cuerpo solamente cerca de una octava parte son en mujeres de 35 años, aunque la enfermedad se sabe ha ocurrido en niñas menores de diez años.

Cuando hablamos de una masa, quiere decirse que el cáncer del pecho no necesita ser acompañado por un aumento actual en su tamaño, pero puede presentarse como una dureza y encogimiento del pecho con retracción hacia adentro del pezón. En tales casos los poros de la piel sobre el sitio de la enfermedad se pronuncian de tal manera que les da la apariencia de una piel de cerdo. Al principio no hay cambios en el color..

El descubrimiento de uno o más de los signos y síntomas que han sido descritos deben ser seguidos oportunamente por una visita al médico en quien se tenga perfecta confianza. El determinará el tratamiento correspondiente.

No toque o irrite la parte afectada sino haga exactamente lo que su médico le avose.

Esté seguro de que nadie desea más ansiosamente que usted se cure que él.

Ahora bien, todo esto no quiere decir que las gentes han de ponerse nerviosas buscando incomodidades. Y no quiere decir porque alguien en la familia ha sufrido de cáncer que se encuentra en más peligro una persona que otra y, por contrario, recuerde que Mrs. Harrison no tenía historia familiar de

casos malignos, un término que significa cáncer en alguna forma.

El temor infundado de cáncer causará muchos de los síntomas de la enfermedad. Como el calvo, que cogió frío sentándose debajo una ventana que pensó estaba abierta, una mujer se sabe perdió cuarenta libras porque tenía una masa en el pecho, la cual fué removida por una simple operación y probó no ser cáncer, y recobró las cuarenta libras y consiguió gran tranquilidad de ánimo.

El cáncer del pecho será permanentemente curado si es extirpado antes de que se extienda más allá del sitio en que empezó.

Viene a ser constitucional si se abandona. Cualquier mujer puede ser atacada de cáncer del pecho. Una madre amamantando a su hijo no es inmune.

El dolor viene tarde, pero no quiere decir que el caso esté perdido.

"En el tratamiento temprano del Cáncer está la esperanza de la cura."

Sesión de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico en su Asamblea Anual.

Extracto del Acta de las reuniones de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico que tuvieron lugar los días 13 y 14 del pasado mes de Diciembre de 1914, en el Balneario de Coamo.

Presidida la reunión por el Dr. Ashford, el Secretario dá lectura a su informe anual en el cual manifiesta que nota poco entusiasmo en nuestra clase médica por el desarrollo y progreso de la Asociación.

La Cámara otorga un voto de confianza al Secretario.

El Dr. Guitiérrez Igaravídez, único miembro del Consejo, presente, ofrece las excusas de este cuerpo, por no presentar su informe como corresponde hacerlo.

El Tesorero presenta su informe anual y es aceptado.

Se procede a hacer la elección de los miembros que han de constituir los comités científicos y de Policía y Legislación, resultando nombrados para el primero, los Dres. Gabriel Villaronga, de Ponce, y Dr. González Martínez, de San Juan y para el segundo, los Dres. M. Fernández Náter, de Bayamón, Dr. Víctor Gutiérrez Ortíz, y Dr. Francisco del Valle Atiles, de San Juan.

Acto seguido la Cámara adopta las siguientes resoluciones:

A.—Autorizar al Tesorero para que haga efectivo el premio del Dr. Vergne Castelo, y otorgado por la Asamblea de 1913.

B.—Rebajar la cuota anual de la Asociación, a 6 dolares, pagaderos por anualidades anticipadas.

C.—Reducir la publicación del Boletín a ediciones trimestrales.

D.—Modificar el Capítulo 4o. del Reglamento en su sección 3a., en el sentido de que el "quorum" de la Cámara de Delegados lo constituyan las dos terceras partes de sus miembros.

E.—Dividir la Isla en dos Distritos y constituir solamente las Asociaciones Médicas del Distrito Norte y Sud; autorizando a la Directiva para que proceda a hacer la división de los dos Distritos.

F.—Que se modifique la Sección 2a.

del Capítulo 4o. del Reglamento, como sigue: "Cada Sociedad de Distrito tendrá derecho a enviar a la Cámara de Delegados para repreesntarla, **cinco** Delegados elegidos por ella, disponiéndose, que tendrán derecho a **un** delegado más, por cada 10 miembros o fracción de diez, cuando el número sea mayor de 25.

I.—Constituir una Montepío Médico en la forma siguiente:

Fondo de Beneficencia.

"Se formará separando un peso de la cuota anual de cada uno de los socios, entendiéndose que la Asamblea de la Cámara acuerda que sea iniciado el Fondo de Beneficencia con una cantidad que no pasará de doscientos dolares que serán separados de los fondos generales de la Asociación.

Forma en que debe hacerse la Donación.

(a) Solo se aplicará el Fondo de Beneficencia a los hijos, viudas o padres del médico fallecido, siempre que sea plenamente probada su insolvencia, dentro del trámite que señala el siguiente.

(b) Cuando ocurra la defunción de un compañero asociado cuya familia sea merecedora del socorro, la solicitud para cumplimentar los fines para que se crea este fondo, deberá ser hecha y suscrita por un médico asociado residente en el Distrito en donde haya ocurrido la defunción. Dicha solicitud será considerada por el Comité de Legislación y Policía del Distrito, quien la endosará con su opinión al Comité de Legislación y Policía de la Asociación Médica de Puerto Rico quien resolverá en definitiva.

(c) Se entenderá que la donación no debe hacerse más que en aquellos casos en que sea probado que la viuda, hijos o padres del médico fallecido dependían en cuanto se refiere a los medios de subsistencia directamente del médico muerto.

(d) Si el médico fallecido hubiera dejado de pagar su cuota anual durante los primeros seis meses del año, sus familiares no tendrán derecho a los beneficios de este fondo.

g.—Celebrar la Asamblea Anual de 1915, en la ciudad de San Juan, el segundo Sábado y Domingo de Diciembre del año 1915.

i.—Proceder a la elección de la nueva Directiva que resultó constituída como sigue:

Presidente: Dr. Pedro Gutiérrez Igaravídez, San Juan, Puerto Rico.

Vice-pres.: Dr. M. de la Pila Iglesias, Ponce, Puerto Rico.

Secretario: Dr. José S. Belaval, San Juan, P. R.

Tesorero: Dr. Jacinto Avilés, San Juan, P. R.

Consejero por 3 años: Dr. Francisco del Valle Atiles, San Juan, Puerto Rico.

Consejero por 2 años: Dr. Bailey K. Ashford, San Juan Puerto Rico, y Delegado a la Cámara de la Asociación Médica Americana, el Dr. Jorge del Toro.

NOTA OFICIAL.

Indice: Con este número, damos el índice de los trabajos publicados duran el te año 1914, a fin de que los que deseen encuadernar la colección hallen las facilidades y conveniencias que de ello se deriva.

Obsequio: Este número se repartirá libre de gastos entre todos los médicos de la Isla, como obsequio de la Asociación Médica de Puerto Rico a los profesionales residentes en el país.

Si algún compañero desea obtener la colección del año encuadernada, puede dirigirse a la Tesorería de la Asociación, enviando $2.00 y le será remitida por correo libre del franqueo.

Publicación Trimestral: Por acuerdo de la Asamblea, el Boletín se publicará por ahora solo trimestralmente, durante el año de 1915.

La Asociación espera que una vez vencidas ciertas dificultades, el Boletín podrá volver a aparecer como publicación mensual.

San Juan, Puerto Rico, Enero de 1915.
Sr. Dr.
Distinguido compañero:

La Cámara de Delegados de la **Asociación Médica de Puerto Rico** en su última Asamblea Anual efectuada el día 12 del pasado mes, en los Baños de Coamo, resolvió reducir a 2 las Aso. Méd. de Distrito, o sean, la Asociación del Distrito NORTE, y la del Distrito SUD.

Siendo Ud. uno de los miembros de la Aso. Méd. del Distrito Norte, tengo el placer de invitarle a la reunión que se efectuará el domingo 17 del corriente mes, a las 2 p. m., en el salón de la ASOCIACION, en San Juan, para la elección de la nueva DIRECTIVA de la Aso. Méd. del Distrito Norte, para el presente año.

Se encarece su puntual asistencia, pero en caso de serle imposible atender a dicha reunión, ruégole se sirva escoger de la lista que le adjunto, miembros todos de la Aso. del Dto. Norte, el número de compañeros que Ud. desee llevar a los cargos de: Presidente, Vice-Presidente, Secretario, Tesorero, un Consejero por 3 años, y NUEVE delegados a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico, y votarlos en el cupón adjunto, para ser enviado a esta oficina.

Atentamente,

J. S. Belaval,
Secretario de la A. M. de P. R.

NOTAS VARIAS.

HOSPITALES DE MATERNIDAD.

Se está desarrollando una gran actividad en el país con respecto a los hospitales de maternidad. Muchos han sido propuestos, y esta clase de instituciones es un tópico de conversación entre la gente del pueblo, y los higienistas.

Hasta hace muy poco tiempo el nombre de "hospital de maternidad" era un baldon para la comunidad, y ofendía el olfato de la gente decente. Tales instituciones eran consideradas como casas para abortar, o a lo mejor, lugares donde se enviaban a las chicas desgraciadas para que parieran sus hijos ilegítimos siendo considerados sus administradores como la clase más perjudicial, por las extorsiones que ejercían contra los padres hipotéticos de tales niños naturales. Estos lugares estaban a menudo en relación con ciertas fincas comerciales de bebés y eran

el núcleo para el tráfico de niños, que frecuentemente se mostraba en forma de extorsión contra maridos disgustados con sus esposas o que servían de víctimas de injustas acusaciones presentadas por las muchachas bajo la insidiosa influencia de los "doctores" y administradores de estos hospitales. Eran a menudo estas instituciones las fuentes y depósitos de la "esclavas blancas" las chicas infortunadas que habían logrado deshacerse de sus nenes, pasaban a un mundo inferior a servir propósitos inmorales. Todavía existen muchas de estas instituciones cerca de cada comunidad y son hoy tan malas como lo eran antaño.

Pero las cosas van mejorando. Los villanos ocupados de esta clase de comercio, van siendo arrojados de su negocio, y donde aun persisten se han minimizado sus actividades por las investigaciones de los oficiales de sanidad y sus colaboradores.

Toda esta ignominia acumulada sobre los hospitales de maternidad, no ha sido suficiente a encubrir el hecho de que estas instituciones, honradamente concebidas y propiamente trabajadas, son tal vez el capital más valioso de nuestro régimen sanitario moderno. No hay duda de que muchos miles de mujeres quedan inutilizadas por el resto de sus vidas, quedando algunas estériles y otras inválidas crónicas e incurables por médicos ignorantes e incompetentes y comadronas súcias que las atendieron en sus partos. Es probablemente cierto que más de un 50 por ciento de las mujeres que padecen de incurables endometritis, ptosis pelvicas y laceraciones perineales no remediadas, sufren los resultados de cuidados incompetentes en el momento del parto.

Hacen algunos meses que Miss Van Blarcom, de New York, miembro de la Comisión para evitar la ceguera, publicó un informe en el cual afirmaba con toda precisión que el 50 por ciento de los ciegos debían su desgracia a la incompetencia y al descuido de los que les prestaron los primeros auxilios al nacer. Los tocólogos y pediatras más conservadores, convienen en que de un veinte a un treinta por ciento de los ciegos, deben su infortunio a esta causa.

Puede por consiguiente concebirse, que conociendo el mal que han causado estas instituciones y el daño que ocasiona el que personas incompetentes atiendan a las mujeres en labor y a los niños recien-nacidos, el empeño en fundar buenos hospitales de maternidad, es tal vez la obra más hermosa en que hombres y mujeres ricas pudieran comprometerse hoy día. El hospital de maternidad es una de las pocas clases de instituciones que demandan una especialización. Si hay alguna ocasión en que debe tenerse a una mujer libre de toda infección y alejada de las fuentes de contaminación es en la época del parto; y nunca estará el niño en mejores condiciones de receptividad que en el momento y poco después de haber nacido. Por consiguiente, a menos que la sección de maternidad en un hospital general pueda ser aislada cuidadosamente de las otras divisiones, y a menos que pueda instituirse una técnica que comprenda las más elevadas obligaciones de la ciencia médica del presente, debiéranse

construir hospitales enteramente separados, instituciones distintas en que fueran imposibilidades las contaminaciones con personas sufriendo de toda clase de enfermedades.

New York ha reconocido esto con la institución del Hospital maternidad (Lying-in Hospital), el de Manhatan y el Sloen Hospital y todos los demás hospitales han reconocido la propiedad de tal arreglo, enviando sus casos a estos dos hospitales. Estos a su vez han reconocido sus obligaciones para con la comunidad, enseñando obstetricia y preparando a las nurses del hospital general de la ciudad. Este curso debe tomarse en toda ciudad grande, y debieran hacerse arreglos para que todas las nurses tomasen un último año en su carrera, de práctica tocológica.

Recomendamos el establecimiento de más hospitales de maternidad, pero tengamoslos buenos, de manera que pueda olvidarse su mala reputación pasada y puedan ser utilizados por todas las clases sociales sin inconveniente alguno.

(Traducido del periódico "The Modern Hospital.")

La pituitrina en las hemorragias operatorias y espontáneas de las vias respiratorias.

El extracto acuoso de la glándula pituitaria se ha mostrado recientemente muy útil, sobre todo en los partos prolongados por atonía de la matriz y en las hemorragias del utero. Este resultado se debe atribuir a que el extracto hipofisario tiene la facultad de provocar una contracción progresiva y de larga duración (de varias horas y hasta de un día) de las fibras musculares lisas.

Considerando, sin embargo, la acción estimulante de este producto sobre las fibras musculares, pensó el autor que quizás el extracto hipofisario pudiera dar buenos resultados en las hemorragias espontáneas y operatorias de las vías respiratorias; muy especialmente en las resecciones de los pliegues inferiores.

El autor experimentó la pituitrina (extracto acuoso del lóbulo posterior del hipofisis) en muchas enfermedades y los resultados han sido muchas veces sorprendentes.

Empleó el autor la pituitrina en varias hemorragias espontáneas, como las epitaxis, las hemorragias de la boca y de la naríz, las hemorragias debidas a la malaria; las broncorragias. Y en varias hemorragias operatorias, como en las resecciones de los pliegues (en este caso los resultados fueron asombrosos), en la resección sub-mucosa de la pared en los polipos nasales que producen muchas hemorragias, en las operaciones sobre los sinos nasales, en las tonsilectomias, etc. En casi todos estos casos, los resultados fueron magníficos, pues inyectándose la pituitrina un cuarto de hora o media hora antes de la operación, o durante y sobre todo después de la misma, las hemorragias que se suelen presentar en estos casos se reducen a muy poco, y se pueden dejar de poner los tapones en la nariz.

(Citelli.) **Congrés internacional des sciences médicales.** Londres.

INDICE DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS DURANTE EL AÑO DE 1914.

(FIN)

DISPONIBLE